

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Правительство Санкт-Петербурга
Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга
Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И.И. Мечникова
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
Российское научное медицинское общество терапевтов
Санкт-Петербургское общество терапевтов имени С.П. Боткина
Ассоциация терапевтов Санкт-Петербурга
Ассоциация ревматологов России
ОО «Человек и его здоровье»
ООО «Ай Си Эс»



Всероссийский терапевтический конгресс
с международным участием

БОТКИНСКИЕ ЧТЕНИЯ

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

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Санкт-Петербург
2020

Научное издание

Всероссийский терапевтический конгресс с международным участием
БОТКИНСКИЕ ЧТЕНИЯ

Сборник тезисов: / Под редакцией: академика РАН Мазурова В.И.,
доцента Трофимова Е.А.
СПб.: Изд-во «Человек и его здоровье», 2020. – 358 с.

*Подготовлено на основе материалов, присланных авторами.
Редакция не несет ответственности за содержание опубликованной информации.*

Технический редактор:
Бобровник Е.А., Юрина А.О.
Дизайн, верстка:
Куделина Т.П.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОКСИТЕРАПИИ ПРИ АУТОИММУННЫХ ТИРЕОПАТИЯХ

Абазова З.Х., Борукаева И.Х., Шибзухова Л.А.,
Шибзухов Т.А., Борукаева Л.А.

Кабардино-Балкарский государственный университет,
г. Нальчик

Цель исследования. Проведение клинико-иммунологической оценки эффективности метода интервальной гипоксической тренировки (ИГТ) тренировки в комплексном лечении аутоиммунных тиреопатий (АТ).

Материалы и методы. Обследовано 182 человека в возрасте 24-52 лет, среди которых 35 здоровых лиц, у которых оценивалась реакция щитовидной железы (ЩЖ) на вдыхание гипоксических смесей (ГС) с различным процентным содержанием кислорода, 45 больных с гипопункцией ЩЖ с диагнозом аутоиммунный тиреоидит (АИТ) и 42 больных с гипертиреозом с диагнозом диффузный токсический зоб (ДТЗ), которым на фоне традиционного медикаментозного лечения была проведена гипокситерапия, и 60 человек, составивших контрольную группу, куда вошли 32 пациента с АИТ и 28 – с ДТЗ, находящихся только на медикаментозном лечении. Гипоксическая смесь подавалась от гипоксикатора. У лиц с гипотиреозом с целью стимуляции функции ЩЖ в курсе гипокситерапии использовались ГС с умеренным снижением содержания кислорода (16-14%), а у больных с гипертиреозом – гипоксические смеси, угнетающие продукцию тиреоидных гормонов, т.е. содержащие 12-10% кислорода.

Результаты и их обсуждение. Адаптация к гипоксии после 15-дневного курса ИГТ способствовала улучшению общего состояния, памяти, нормализации сна, моторики желудочно-кишечного тракта, массы тела, восстановлению нормальной влажности кожи, исчезновению одышки, болей в сердце, уменьшению отеков. Клиническая эффективность ИГТ подтвердилась положительной динамикой уровня холестерина в крови, времени ахиллова рефлекса, что также свидетельствовало о компенсации нарушенной функции ЩЖ. Все это позволило 56% больным существенно снизить объем фармакотерапии, у оставшейся части больных дозы принимаемых препаратов не были изменены, однако больные чувствовали себя лучше. Ни в одном случае каких-либо осложнений от проводимой терапии или ухудшения состояния больных не отмечено. Наиболее ценной находкой оказалось

иммуномодулирующее действие курса ИГТ. В процессе адаптации к гипоксии у пациентов с АТ наблюдались определенные положительные сдвиги в иммунном статусе прежде всего, отмечено статистически достоверное ($p < 0,05$) увеличение количества исходно сниженных общих Т-лимфоцитов ($CD3^+$) и $CD8^+$, уменьшение уровня исходно повышенных Т-хелперов ($CD4^+$), нормализация иммунорегуляторного индекса. Исследование показателей гуморального иммунитета в динамике выявило снижение исходно повышенного количества общих В-лимфоцитов ($CD20^+$), одновременно у большинства больных после курса ИГТ констатировано статистически достоверное ($p < 0,05$) уменьшение уровня сывороточных IgA, IgM, IgG, кроме того снизилось содержание циркулирующих иммунных комплексов. Важно отметить, что после лечения значительно снизилась концентрация антитиреоидных антител, повышенный титр которых в конечном итоге и приводил к дисфункции щитовидной железы. Так, у больных с АИТ было отмечено снижение титра антител к тиреопероксидазе ЩЖ на 52%, к тиреоглобулину – на 49%, а у лиц ДТЗ снизился титр антител к рецептору тиреотропного гормона гипофиза на 67%. Положительные сдвиги иммунологических показателей после курса ИГТ особенно важны, так как иммунологическое звено занимает ведущее место в патогенезе АТ. У больных контрольной группы в ходе 15 дней медикаментозной терапии статистически достоверных изменений лабораторных показателей не произошло и, несмотря на уменьшение выраженности жалоб, полной их ликвидации не наступило. Таким образом, гормонально-иммунологическая динамика, в сочетании с положительными результатами клинического обследования, наблюдаемая у больных с АИТ и ДТЗ после ИГТ, свидетельствует о целесообразности ее применения с целью лечения аутоиммунных тиреопатий.

УРОВЕНЬ ЛЕПТИНА И ЛЕПТИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Абдрахманова М.Т., Алина А.Р., Амирханова Д.Т.,
Ларюшина Е.М., Тургунова Л.Г.
Медицинский университет Караганды,
г. Караганда, Республика Казахстан

Цель. Оценить уровень лептина, лептино-резистентности и их ассоциация с показателями липидного обмена у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ).

Материал и методы. В исследование включены 34 мужчины и 18 женщин в возрасте от 25 до 65 лет. Пациенты с ИМ были разделены на 3 группы в зависимости от ИМТ. Контрольную группу составили лица с нормальным значением ИМТ и без анамнеза острых коронарных событий и эндокринных заболеваний (n=14). Определены показатели липидного обмена: общий холестерин (ОХС), триглицериды (ТГ) в сыворотке крови методом энзиматической колориметрии; липопротеиды высокой плотности (ЛПВП) и низкой плотности (ЛПНП) в сыворотке определялись методом избирательной преципитации. Определены в плазме лептин и рецепторы к лептину (РЛ) методом мультиплексного иммунологического анализа. Лептинорезистентность (ЛР) оценивалась по индексу свободного лептина (ИСЛ), рассчитанного как отношение содержания лептина (нг/мл) к уровню лептин-рецептора (нг/мл), умноженное на 100.

Результаты и обсуждения. Среди обследованных пациентов у 28% выявлена избыточная масса тела, у 58% лиц выявлено ожирение, у 14% лиц была нормальная масса тела. По показателям ИМТ и ОТ группы имели статистические различия ($p < 0,001$). ОХС в обследуемых группах увеличивался в зависимости от нарастания ИМТ 4,86 [4,01; 7,37] ммоль/л, 6,54 [5,53; 8,64] ммоль/л и 7,5 [5,57; 10,8] ммоль, соответственно. В контрольной группе ОХС составил 4,99 [3,82; 5,31] ммоль/л. Медиана уровня РЛ имеет тенденцию к снижению с нарастанием значения ИМТ – у лиц с ожирением и ИМ 13,4 [10; 16,8] нг/мл и у лиц с избыточным ИМТ – 14,3 [13; 18] нг/мл, с нормальным ИМТ – 15,0 [11,5; 18] нг/мл, соответственно. В контрольной группе значение РЛ составил (15,8 [11,7; 23,7] нг/мл) ($p = 0,00$). Высокий уровень индекса свободного лептина (ИСЛ) выявлен у больных с избыточной массой тела (46,5 [21,6; 216,5] ед.) и ожирением (90 [37; 235] ед.) ($p < 0,05$). У больных с ИМ и нормальным ИМТ (34,5 [22,17; 59,13] ед.) ИСЛ также был повышен по сравнению с контрольной группой (25,9 [11,9; 48] ед.), тем самым подтверждая развитие у них ЛР. По результатам корреляционной связи у лиц с ожирением и ИМ обнаружена статистически значимая корреляция уровня лептина с ИМТ ($r = 0,86$, $P = 0,00$), ОХС ($r = 0,56$, $P < 0,05$), ТГ ($r = 0,54$, $P < 0,05$) и обратная взаимосвязь со значением ЛПВП ($r = -0,3$, $P < 0,05$).

Выводы. У больных с ИМ гиперлептинемия и лептинорезистентность ассоциирована с дислипидемией.

ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА И КОНЦЕНТРАЦИИ ЛЕПТИНА В КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТом МИОКРДА

Абдрахманова М.Т., Алина А.Р., Ларюшина Е.М.
Медицинский университет Караганды,
г. Караганда, Республика Казахстан

Несмотря на значительные достижения современной медицины, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) продолжают лидировать среди причин смертности населения Казахстана. Кроме факторов риска ИМ важная роль отводится метаболитам жировой ткани, таких как гормоноподобных веществ – адипокинов, которые не только служат местом накопления и хранения энергетических субстратов, но и отвечает за синтез. Изменения метаболизма жировой ткани в виде повышения лептина могут иметь место и у лиц с нормальным индексом массы тела (ИМТ), в то время при избыточной массе тела, даже при ожирении, не всегда могут сопровождаться нарушением метаболизма.

Цель исследования. Оценка взаимосвязи развития острого инфаркта миокарда с показателями нарушения липидного обмена у жителей Карагандинской области.

Материалы и методы. В исследование включены 71 мужчин и женщин в возрасте от 33 до 83 лет, поступивших в стационар Областного кардиохирургического центра г. Караганды. Средний возраст мужчин и женщин статистически не различался ($p > 0,05$) и составил 57 года (53; 62). Диагноз острого ИМ подтвержден наличием типичного болевого синдрома продолжительностью более 15 мин, изменениями ЭКГ (подъем ST как минимум в двух последовательных отведениях) и лабораторными показателями (повышение уровней КФК, тропонина Т). По ИМТ пациенты были разделены на три группы: нормальная масса тела ($18,5 \leq \text{ИМТ} < 25 \text{ кг/м}^2$) – 1-я группа (n=10); избыточная масса тела ($25 \leq \text{ИМТ} < 30 \text{ кг/м}^2$) – 2-я группа (n=20); ожирение ($\text{ИМТ} \geq 30 \text{ кг/м}^2$) – 3-я группа (n=42). Исключены больные с тяжелыми сопутствующими заболеваниями в стадии декомпенсации, злокачественными новообразованиями, а также отказавшиеся от участия в исследовании. Для определения лептина в крови использовался мультиплексный иммунологический анализ Bioplex в нг/дл. Для анализа данных использовали пакет прикладных статистических программ Statistica 8.0 свычислением вероятности различий непараметрическим методом Спирмана. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения. Среди обследованных пациентов выявлено у 41,7% с ИМТ 25-29,9; 22,6% больных ожирением (ИМТ>30) и 1,3% – с выраженным ожирением (ИМТ>40). При этом обнаружено, что максимальная концентрация лептина была у пациентов с выраженным ожирением с корреляционной связью (0,42; 0,56), когда у пациентов с нормальным и с низким ИМТ обнаружена слабая корреляционная связь (0,55; 0,69). В настоящем исследовании содержание лептина коррелировало с ИМТ, что свидетельствует об ассоциации гиперлептинемии с общим и абдоминальным ожирением. В других исследованиях также была обнаружена ассоциация лептина с ожирением. Позитивная корреляция между лептинемией и массой тела, вероятно, обусловлена повышенной секрецией лептина адипоцитами. Известно, что жировая ткань больных ожирением в среднем вырабатывает в два раза больше лептина, чем у лиц с нормальным весом. Указанное явление объясняется закономерным нарастанием количества адипоцитов и увеличением (в 2-4 раза) размеров жировых клеток, наблюдаемое при ожирении.

Выводы. Уровень лептина в крови у пациентов с инфарктом миокарда ассоциируется с общим и абдоминальным ожирением, а также с инсулинорезистентностью.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ИНГИБИТОРОВ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ- α ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Абдуазизова Н.Х., Назарова К.Х., Арипова Н.А.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Ревматоидный артрит (РА) – это системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением мелких суставов по типу эрозивно-деструктивного полиартрита. Распространенность болезни составляет около 1%. В последнее время лечение РА остается одной из наиболее сложных проблем клинической медицины. У многих пациентов даже раннее начало моно- или комбинированной терапии традиционными базисными противовоспалительными препаратами не всегда замедляет прогрессирование деструкции суставов, даже, несмотря на положительную динамику клинических показателей активности воспаления.

Цель исследования. Изучить эффективность ингибиторов фактора некроза опухоли- α при ревматоидном артрите.

Материалы и методы. В исследование было включено 56 больных достоверным РА II-III степени активности, II-III рентгенологической стадии, возраст больных составлял 18-46 лет. Все больные были разделены на 2 группы. 1-группу составили пациенты получавшие монотерапию метотрексатом (МТ) до 25 мг в нед., 2-группу составили пациенты получавшие комбинированную терапию хумира в дозе 40 мг 1 раз в 2 нед. и МТ. Для оценки эффективности лечения применяли общепринятые клинико-лабораторные и суставные показатели, интенсивность боли в баллах и миллиметрах по ВАШ, активность по DAS28, HAQ.

Результаты и обсуждение. Эффективность терапии отмечалась у всех пациентов, но у 5 больных получавших МТ сохранялось умеренная активность заболевания, а у пациентов получавших комбинированную терапию активность заболевания было низкой. Комбинированная терапия существенно превосходила монотерапию по влиянию на параметры качества жизни ВАШ, HAQ и DAS28. Эффективность и переносимость лечения во 2-группе пациентов была очень хорошей в течение 4 лет наблюдения.

Выводы. Установлено, что эффективность комбинированной терапии и частота развития ремиссии была существенно выше, чем монотерапия МТ. У больных уменьшилась деструкция суставов, улучшилась качества жизни. Комбинированная терапия ингибиторами фактора некроза опухоли- α , в частности хумирой свидетельствует о высокой эффективности при РА и позволяет широкого применения этого препарата.

ВЛИЯНИЕ СТАТИНОТЕРАПИИ И ФИТОПРЕПАРАТА НА ТЕЧЕНИЕ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПОСЛЕ СТЕНТРОВАНИЯ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ

Абдуллаев А.Х.^{1,2}, Аляви Б.А.^{1,2}, Раимкулова Н.Р.^{1,2},
Узоков Ж.К.¹, Исхаков Ш.А.^{1,2}, Азизов Ш.И.^{1,2},
Каримова Д.К.¹, Исламова Д.Н.¹

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации,
²Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности статинотерапии у больных коронарной болезнью сердца (КБС), после стентирования венечных артерий.

Материалы и методы. Наблюдали 20 пациентов КБС, стабильной стенокардией III-IV функционального класса (ФК), которым проведено плановое стентирование венечных артерий. Лечение включало двойную антиагрегантную терапию (аспирин+клопидогрел); бета-блокаторы, розувастатин (10-20 мг/сут) и фитопрепарат Гепофреш («APOLLO PHARM MED», Узбекистан). До стентирования и через 3 и 6 месяцев изучали липиды (общий холестерин (ОХС), ХС липопротеидов низкой плотности и высокой плотности, триглицериды, общий билирубин (ОБ), активность аланин- и аминотрансферазы (АЛТ и АСТ), общий билирубин (ОБ), активность аланин- и аминотрансферазы (АЛТ и АСТ), параметры эхокардиографии (ЭХОКГ) с оценкой состояния миокарда левого желудочка (ЛЖ), толщину комплекса интима-медиа (ТКИМ) сонной артерии.

Результаты и обсуждение. У больных увеличилась фракция выброса (ФВ) ЛЖ. До лечения этот показатель в среднем составил 59%, а после – 61,5%. Масса миокарда ЛЖ до лечения – 188 г, а после – 181,5 г, толщина задней стенки ЛЖ – 1,1 см до лечения и 1,05 см после, толщина межжелудочковой перегородки до и после лечения – 1,05 см, конечно-диастолический размер ЛЖ – 4,95 и после лечения 4,9 см, конечно-диастолический объем до лечения – 124, 5 мл и после лечения – 119 мл, конечно-систолический объем – до лечения – 48,5 мл и 49,5 мл после. При этом ударный объем уменьшился до 77,5 мл, против 79 мл, до лечения. Скорость раннего наполнения ЛЖ (пик Е) составила 0,76 м/сек, скорость диастолического наполнения в период систолы левого предсердия – ЛП (пик А) – 0,7 м/сек, отношение скоростных характеристик (Е/А) – 1,08; время изоволюмического расслабления ЛЖ – 142,5 мс; время замедления скорости раннего наполнения – 208 мс. До лечения у некоторых больных ТКИМ доходила до 1,3 мм, а после – 1,1-1,2 мм. Препарат благоприятно влиял на течение КБС, корректировал липидный спектр, а также улучшил параметры ЭХОКГ с доплером. Данные ЭХОКГ и биохимические анализы имели тенденцию к положительной корреляции. Статин оказал выраженный гиполипидемический эффект и положительное влияние на основные изученные липиды. Пациенты после реваскуляризации могут не иметь симптомов ишемии, и полагать, что дальнейшие профилактические методы лечения не нужны. Ухудшение течения заболевания и развитие осложнений после процедуры тесно связано и с изменениями, происходящими в стентах, прогрессированием атеросклероза и с выполненным вмешательством или в других артериях венечного и других сосудистых бассейнов. Включение в стандартную терапию гепатопротектора Гепофреш (экстракты девясила, ревеня, айра, бессмертника, горца, цикория солодки, кукурузных рыльцев и тысячелистника),

оказывающий противовоспалительное, спазмолитическое и желчегонное действие предупредил развитие побочных эффектов статинов и нарушений со стороны печени, что подтверждали показатели АЛТ, АСТ и ОБ. Контроль липидного обмена, показателей трансаминаз необходим для предупреждения осложнений, в том числе после стентирования.

Выводы. Фитопрепарат Гепофреш способствует лучшей переносимости лечения, повышает его эффективность и позволяет предотвратить развитие побочных эффектов и различных нарушений со стороны печени у пациентов ИБС как до, так и после эндоваскулярного вмешательства.

ПОКАЗАТЕЛИ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА И ПАРАМЕТРЫ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТЬЮ К ГЛЮКОЗЕ НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ

Абрамшвили И.Н., Антонова А.П., Денисенко А.О.
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Академик Василий Гаврилович Баранов много внимания в своих работах уделял изучению скрытого или латентного сахарного диабета. В настоящее время этому понятию созвучен термин предиабет. К предиабету относится нарушенная толерантность к глюкозе (НТГ) и нарушенная гликемия натощак. Пациенты с нарушенной толерантностью к глюкозе (НТГ) традиционно относятся к группе высокого риска по развитию сахарного диабета 2 типа (СД2). При данном состоянии показатели гликемии находятся выше нормы, но еще не достигают показателей СД2. На сегодняшний день в мире насчитывается около 352,1 млн человек с нарушением толерантности к глюкозе. К 2045 г. ожидается увеличение числа людей с НТГ в возрасте 20-79 лет до 587 млн, что составит 8,3% взрослого населения. Известно, что предиабет значительно повышает риск развития не только сахарного диабета, но и сердечно-сосудистых заболеваний от дисфункции эндотелия до сердечной недостаточности, что значительно ухудшает качество жизни больного и прогноз.

Цель. Оценить динамику индекса массы тела (ИМТ), показателей глюкозы плазмы венозной крови натощак и после проведения стандартного глюкозотолерантного теста (ПГТТ) у пациентов, получавших немедикаментозную терапию и принимавших метформин в течение года.

Материалы и методы. Обследовано 20 пациентов, которым по результатам проведения ПГТТ был верифицирован диагноз НТГ. Средний возраст обследованных больных – $48 \pm 1,3$ года, из них 60% – женщины, 40% – мужчины. Пациенты соблюдали гипокалорийное питание и физическую активность (150-200 минут в неделю) в качестве немедикаментозной коррекции. Также получали медикаментозную терапию метформином в дозе 850 мг 2 раз в день в течение года. В работе исследовались следующие показатели: ИМТ, глюкоза плазмы крови натощак, глюкоза плазмы крови через 2 часа после ПГТТ.

Результаты и обсуждение. До лечения у исследуемой группы пациентов среднее значение ИМТ составило 32,4, спустя год 29,8, р-критерий $<0,05$; среднее значение глюкозы плазмы крови натощак – 6,5 ммоль/л, после лечения 6,1 ммоль/л, р-критерий $<0,05$; среднее значение глюкозы плазмы крови после ПГТТ до лечения – 8,8 ммоль/л, через год лечения среднее значение глюкозы плазмы крови после ПГТТ – 7,7 ммоль/л, р-критерий $<0,05$.

Выводы. Результаты проведенного исследования демонстрируют статистически достоверное снижение ИМТ, уровня глюкозы плазмы натощак и после нагрузки 75 гр. глюкозы в группе пациентов, которые в качестве терапии НТГ использовали немедикаментозную и медикаментозную коррекцию.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАСЛЕДСТВЕННОГО АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА У РЕБЕНКА

Абызбаева А.С., Байкосова Г.К.
Оренбургский государственный
медицинский университет,
г. Оренбург

Цель исследования. Оценить данные анамнеза, особенности течения, диагностику и лечение НАО на примере клинического случая.

Материал и методы. В исследовании представлен клинический случай пациентки А. 2004 года рождения с НАО, выявленный в Оренбурге. Пациентке проведена оценка физикальных данных, лабораторных исследований, где оценивался комплементэстеразный ингибитор С1, исключена аллергическая этиология отеков.

Результаты. Пациентка А. предъявляла жалобы на рецидивирующие отеки. Генетический анамнез отягощен – у отца рецидивирующие отеки, не обследован.

В возрасте 7 и 11 лет возникала клиника абдоминального синдрома по типу кишечной колики в течение 2-3 дней, наблюдалась у хирурга, боли купировались самостоятельно.

В возрасте 12 лет впервые случился отек левой кисти. Затем ежедневно возникали отеки стоп, голеней в местах механического давления, которые проходили за нескольких часов. По поводу отека левого предплечья и кисти по месту жительства получила лечение нестероидными противовоспалительными препаратами, Супрастином, терапия была не эффективна. Направлена на обследование в ГБУЗ «ОДКБ» г. Оренбурга. Физикальные данные: выраженные плотные, бледные с мраморным оттенком отеки левого предплечья и кисти, сохраняющиеся 4 дня, онемение этих областей. При проведении анализов выявлено снижение уровня комплемента С4 до 0,008 мг/дл (N 10-40). Заподозрен НАО.

В марте 2017 года проходила лечение в отделении иммунопатологии ФГБУ «ГНЦ ИНСТИТУТ ИММУНОЛОГИИ». Поставлен диагноз: Дефект в системе комплемента: Наследственный ангионевротический отек I тип.

Исследовались показатели системы комплемента: С4 компонент системы комплемента 0,0421 мг/мл (0,2-0,55), функциональная активность с1 ингибитора $<15\%$ (70-130%), комплемент эстеразный ингибитор С1 общий меньше уровня детекции (15-35). Подтвержден диагноз «НАО».

Пациентке назначена базисная терапия транексамовой кислотой по 3 таблетки 3 раза в сутки после еды. За последние 3 года абдоминальных атак и жизнеугрожающих отеков не было.

Выводы. Таким образом, НАО – редкое, но угрожающее жизни заболевание. Отсроченность диагностики заболевания у данной пациентки 5 лет. В современной медицине появилась специфическая лабораторная диагностика и совершенные методы медикаментозного лечения патологии с высокой эффективностью.

СОСТОЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЛИЦ МУЖСКОГО ПОЛА (НА ПРИМЕРЕ Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ)

Аганов Д.С., Топорков М.М.,
Тыренко В.В., Свиницкая И.С.
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Введение. Около 70% России занимают северные территории. В связи с этим крайне актуаль-

ной представляется проблема нарушения минерального обмена костной ткани в северных регионах. Известно, что снижение минеральной плотности костной ткани приводит к развитию остеопороза, характеризующимся переломами позвонков и костей периферического скелета и как следствие потере трудоспособности, повышенной заболеваемости и смертности. Недостаточная инсоляция в северных районах в зимний период, усугубляется низким потреблением витамина D3 с пищей.

Цель исследования. Оценка состояния костной ткани у лиц мужского пола длительно проживающих в условиях Севера.

Материалы и методы. Проведено исследование витамина D в крови и минеральной плотности костной ткани (МПКТ) методом двух-энергетической рентгеновской абсорбционной остеоденситометрии с помощью денситометра «Osteometer DTX 200» 40 мужчине в возрасте 25-45 лет, проживающих в условиях Севера (г. Санкт-Петербург). С целью выявления особенностей биоэлементного статуса проведен количественный анализ содержания кальция в пробах волос методом масс-спектрометрии с индуктивно-связанной плазмой на приборе «MS X-Series II». Критериями включения являлось отсутствие заболеваний опорно-двигательной системы, отсутствие анамнеза переломов, хронических соматических и инфекционных заболеваний, онкологической патологии, нормальные показатели общего и биохимического анализа крови.

Результаты и обсуждение. В ходе анализа полученных данных среднее значение Z-критерия составило $(1,1 \pm 1,1)$ SD. Снижение Z-критерия (менее $-2,0$ SD) определялось у 3 (7,3%), нормальные значения МПКТ отмечены у 38 (92,7%) обследуемых лиц. Анализируя показатели витамина D, дефицит наблюдался у 30 (73,2%) мужчин, а недостаточность – у 11 (26,8%), среднее значение было $(47,1 \pm 10,8)$ нмоль/л. По результатам оценки содержания кальция в пробах волос его медиана [25-й; 75-й перцентили] находилась в границах референтного интервала 689,4 (599,3-833,7) мг/кг.

Выводы. Анализ полученных данных у исследуемых выявил значимое снижение уровня витамина D, несмотря на оптимальные показатели минеральной плотности костной ткани, и уровня кальция в пробах волос, что может объясняться компенсацией регуляторных механизмов.

Таким образом, с целью профилактики остеопенического синдрома и остеопороза требуется проведение ряда мероприятий, которые включают коррекцию негативного влияния модифицируемых факторов риска остеопороза.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Адилъханова В.О., Зотова И.С., Овсянников Е.С.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Актуальность. На сегодняшний день артериальная гипертензия (АГ) занимает лидирующее положение среди всех экстрагенитальных заболеваний у беременных женщин. В России частота встречаемости данной патологии по различным данным составляет от 4 до 30%, в странах Европы этот показатель равен 4-15%, а по данным Всемирной организации здравоохранения – до 20%.

Несмотря на актуальность, данная проблема далека от своего решения, так как гипертензия беременных занимает особое, («промежуточное») положение между двумя столь различными дисциплинами – акушерством и терапией. В этом отношении она представляет собой типичный пример пограничной проблемы, имеющий важное теоретическое и практическое значение. Отсутствие полноценных стандартов диагностики и лечения беременных с АГ не только обуславливает высокую материнскую смертность, но и повышает количество неблагоприятных перинатальных исходов. На фоне повышенного артериального давления у беременных достоверно чаще возникают такие опасные осложнения как: прогрессирующая плацентарная недостаточность, гипоксия плода, а в тяжелых случаях асфиксия и гибель ребенка. Поэтому на современном этапе необходимо уметь вовремя прогнозировать и предотвращать развитие болезни. Но на данный момент, в подходах к обследованию, наблюдению, лечению беременных с АГ имеется множество несогласованных позиций, что требует дополнительных исследований в данной области.

Цель. Выявить факторы риска возникновения артериальной гипертензии у беременных женщин.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ индивидуальных медицинских карт и обменных карт 500 беременных женщин, находившихся на лечении в родильном отделении БУЗ ВО ГКБСМП №1 (г Воронеж) в период с января по декабрь 2014 года. Средний возраст пациенток $26 \pm 2,5$ года. Срок беременности пациенток составил от 37 до 40 недель.

При анализе медицинских документов оценивались такие показатели как, возраст беременной, количество беременностей и родов, индекс массы тела до беременности, прибавка массы тела за период беременности, наличие гипертонической болезни, одно-многоплодная беременность, сопутствующая соматическая патология.

Критериями для диагностики АГ являлись уровень систолического АД (САД) 140 мм рт. ст. и более или диастолического АД (ДАД) 90 мм рт. ст. и более либо увеличение САД на 25 мм рт. ст. и более или ДАД на 15 мм рт. ст. по сравнению с уровнями АД до беременности или в I триместре беременности.

Статистическая обработка полученных результатов была проведена с помощью программы для ЭВМ Statgraphics plus 5.1. Для сравнения групп применялся односторонний дисперсионный анализ (ANOVA) в случае нормального распределения данных, а также критерии Крускала-Уоллеса в случае ненормального распределения данных. Данные представлены в виде среднего \pm стандартное отклонение. Различия между группами считали статистически достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. В первую очередь, была оценена частота встречаемости артериальной гипертензии среди беременных женщин. При этом из 500 беременных артериальная гипертензия выявлена у 104 женщин от общего числа исследуемых, что составило 20,8%.

Оценивая влияние возраста женщин на возникновение артериальной гипертензии, было выявлено, что средний возраст женщин с артериальной гипертензией (АГ) составил $28,1 \pm 6,2$, в то время как средний возраст беременных без АГ составил $26,2 \pm 7,5$ ($p = 0,008$). Следует отметить, что артериальная гипертензия встречалась у беременных среди всех возрастных групп. Так, максимальный возраст женщины с гипертонией составил 43 года, в то время как самой младшей беременной, у которой была диагностирована АГ, было всего 16 лет.

Так же нами были оценены различия частоты возникновения АГ среди женщин с одноплодной и многоплодной беременностью. Для этого женщины были поделены на две группы, первая – это женщины с одноплодной беременностью, и вторая, соответственно, женщины с многоплодной беременностью. При этом, по оцениваемым параметрам наблюдались достоверные различия между данными группами. Было выявлено, что в первой группе женщин АГ была диагностирована у 19%. Во второй группе пациенток частота встречаемости гипертонии была гораздо выше 70% ($p = 0,000$).

При исследовании влияния ИМТ женщины до беременности на развитие артериальной гипертензии, были получены следующие результаты. Средний ИМТ женщины без артериальной гипертензии составил $23,7 \pm 2,7$ в то время как средний ИМТ беременной у которой была выявлена АГ составил $29 \pm 3,9$ ($p = 0,000$).

Так же нами была оценена взаимосвязь между прибавкой массы тела за время беременности и возникновением артериальной гипертензии. Было

достоверно установлено, что средняя прибавка массы тела у женщин с АГ составила $16,3 \pm 2,6$, в то время как средняя прибавка у женщин без АГ $13,6 \pm 3,7$ ($p = 0,000$).

Для оценки влияния количества беременностей на развитие артериальной гипертензии женщины были разделены на группы в соответствии с количеством беременностей. Первая группа – женщины с 1 или 2 беременностью, 2-я группа 3-4 беременности, 3-я группа – 5 и более беременностей. При анализе полученных данных, не было выявлено достоверных различий между сравниваемыми группами ($p > 0,05$).

Выводы. 1. Распространенность АГ среди беременных женщин составила более 20%, что говорит о том, что минимум каждая пятая беременность сопровождается развитием артериальной гипертензии, которая в свою очередь служит предиктором других опасных осложнений. 2. В ходе нашего исследования были выявлены некоторые факторы, влияющие на развитие АГ у беременных. Ими оказались такие показатели как возраст будущей матери, излишняя масса тела. Так же, исследование показало, что многоплодная беременность в 3,5 раза увеличивает риск развития АГ. Таким образом, женщины из групп риска развития заболевания должны находиться под строгим контролем специалистов, как во время беременности, так и на этапе ее планирования. Только грамотная совместная работа врача-терапевта, врача-акушер-гинеколога и будущей мамы помогут предотвратить развитие заболевания и избежать опасных осложнений.

КОНЦЕНТРАЦИЯ МАРКЕРОВ АПОПТОЗА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Азизова Г.И., Алекперзаде Ш.И.,
Дадашова А.Р., Мамедова Ф.И.

Азербайджанский медицинский университет,
Баку, Азербайджанская республика

Вступление. Одной из актуальных проблем современной медицины является хроническая сердечная недостаточность (ХСН), которая является следствием сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Основной причиной развития ССЗ является атеросклероз, индуцируемый комплексом процессов, в том числе накоплением липидов, клеточной миграцией, воспалением, ремоделированием матрикса и апоптозом.

Образование в процессе апоптоза митохондриальной поры, выделение цитохрома-С и активация апоптоз-индуцируемого фактора АИФ, способствующих перестройке цитоплазматической мембраны и связыванию с клеточной поверхностью аннексина-5, являются важными внутриклеточными событиями запрограммированной гибели клетки. Несмотря на успехи в диагностике и лечении, продолжается поиск новых маркеров прогнозирования и течения ХСН. С другой стороны, хорошо обоснованной является точка зрения, что наличие метаболического синдрома в разы увеличивает скорость прогрессирования атеросклероза, что влечет развитие сердечной недостаточности.

Цель работы. Исследование в сыворотке крови таких маркеров апоптоза как аннексин-5 и апоптоз-индуцируемого фактора (АИФ) у больных с ХСН и метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы. В исследование включены 73 больных (мужчин и женщин) с ХСН. Больные были разделены на 2 группы: I группа – 39 больных ХСН, а во II группе – 34 больных ХСН с МС. Контрольную группу составили 10 здоровых доноров. Исследование проведено в соответствии с Хельсинской декларацией 1975 года, пересмотренной в 1989 году в Гонконге. Из биохимических показателей в сыворотке крови определены концентрации: общего холестерина (ОХС), ХС α -липопротеинов, ХС β -липопротеинов, гликолизированного гемоглобина (HbA_{1c}), глюкозы и триглицеридов (ТГ) с использованием наборов реактивов фирмы «Human» (Германия). Как маркеры апоптоза исследовали содержание АИФ и аннексина-5 с помощью наборов фирмы «USCN Life Science Inc» (Китай). Статистический анализ проводили с помощью непараметрического критерия Уилкинсона (Манна-Уитни), различия считали значимыми $p < 0,001$.

Результаты и обсуждение. При сравнении средних величин ХС и ТГ у больных ХСН и ХСН с МС выявлен рост обоих показателей. Так, концентрация ТГ в I группе увеличивалась в 3,7 раза, во II группе – 4,2 раза относительно контроля ($1,01 \pm 0,09$ ммоль/л). Содержание ХС возрастало в I группе до $4,51 \pm 0,09$ ммоль/л ($p < 0,001$), а во II группе до $5,55 \pm 0,21$ ммоль/л (в контроле $2,85 \pm 0,15$ ммоль/л). Вместе с тем, холестерин ЛПВП снижался на 36% у больных I группы, а во II группе – на 61% относительно контроля. Наряду с этим, ХС ЛПНП повышался у больных в I группе на 63%, во II – в среднем на 94% в сравнении с нормой. В I группе больных содержание глюкозы составляло $4,54 \pm 0,12$ ммоль/л (при норме $4,05 \pm 0,15$ ммоль/л), а во II группе увеличивалось на 52% ($p < 0,001$). Концен-

трация же HbA_{1c} в обеих группах не отличалась от нормы. При исследовании в группе больных с МС уровень АИФ увеличивался в 3,1 раза, а в I группе – в 1,7 раза по сравнению с контролем. При этом отмечалось достоверное увеличение аннексина-5 в I группе в 1,6 раза, а во группе – в 4 раза ($p < 0,001$), по сравнению с контролем.

Выводы. Известно, что нарастание концентраций аннексина-5 при ХСН является прогностически неблагоприятным фактором, свидетельствующим о прогрессировании заболевания. Доказано, что каспаза-независимый АИФ-опосредованный путь играет критическую роль в гипертрофии кардиомиоцитов.

НАРУШЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА ГЛУТАТИОНА, КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ДЕФИЦИТА ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Александрова Л.А., Субботина Т.Ф., Жлоба А.А.
Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет
имени академика И.П. Павлова,
Санкт-Петербург

Введение. Роль показателей антиоксидантной системы защиты (АОС) в развитии гипертонической болезни (ГБ) отражена в многочисленных публикациях. Восстановленный глутатион (ГлВ), который является не только основным низкомолекулярным антиоксидантом и фактором окислительно-восстановительного состояния клетки, но и важнейшим внутриклеточным регуляторным пептидом. ГлВ-зависимые ферменты участвуют в предупреждении и ограничении окислительного стресса (ОС). Основной антиоксидантный внутриклеточный фермент глутатионпероксидаза (ГПО) использует ГлВ в качестве кофактора для перевода в восстановленную форму избытка гидроперекисей и липидпероксидов. ГБ нередко сопровождается дефицитом фолиевой кислоты (ФК). Наиболее активное производное ФК 5-метилтетрагидрофолат (5-МТГФ) участвует в переносе одноуглеродных групп и играет ключевую роль в реметилировании гомоцистеина до метионина, обеспечивая тем самым метильными группами многочисленные биохимические реакции. Вследствие дефицита 5-МТГФ возникает гипергомоцистеинемия (ГГЦ) а, как известно, уровень гомоцистеина (ГЦ) в плазме крови является независимым фактором риска ССЗ, которые включают ГБ.

Цель работы. Оценка влияния дефицита ФК и ГГЦ на уровень глутатиона и активность ГПО в эритроцитах при ГБ в связи с известной патогенетической ролью ГЦ, дефицита ФК и ОС.

Материалы и методы. В работе использовались образцы крови от 60 больных с ГБ 2 и 3 степени, находившихся на стационарном лечении в клиниках ПСПбГМУ им. И.П. Павлова. Группу сравнения составили образцы крови от 32 доноров без ГБ, признаков воспалительного процесса и хронических заболеваний в анамнезе. Для определения концентрации общего ГЦ (оГЦ) в плазме использовали метод высокоэффективной жидкостной хроматографии. (Жлоба А.А. 2009). Концентрацию ФК в плазме крови определяли методом конкурентного ИФА-анализа. В 10% гемолизатах эритроцитов определяли активность ГПО и уровень ГлВ спектрофотометрическими методами (Александрова с соавт., 2016). Концентрацию гемоглобина в 10% гемолизатах определяли гемоглобинцианидным методом с использованием наборов (Синтакон). Активность рассчитывали в мкмоль / мин/г Нв. Стандартные клинико-биохимические анализы выполнялись с помощью биохимического анализатора. Статистический анализ проводили с помощью программы «SPSS 21.0 for Windows». Результаты представляли в виде медианы и межквартильного размаха $M(Q1-Q3)$. Для проверки гипотезы о различии выборок использовали непараметрические критерии в случае двух независимых выборок – Манна-Уитни. Для оценки корреляционных связей использовали ранговый коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты. В общей группе больных ГБ концентрация ГлВ, и активность ГПО в эритроцитах были значительно ниже показателей контроля, а уровень ГлВ отрицательно коррелировал с уровнем оГЦ ($R=-0,300$; $p=0,018$). В подгруппе ФК-дефицитных больных ГБ уровень ГлВ был ниже в 1,5 раза по сравнению с группой больных ГБ с нормальными ($>13,4$ нМ) значениями ФК, тогда как по активности ГПО различий не наблюдали. В подгруппе пациентов с наличием ГГЦ уровень ГлВ был достоверно на 30% ниже, чем у пациентов без ГГЦ. По активности ГПО эти подгруппы не различались.

Выводы. Выявленные нарушения ГлВ-зависимой АОС свидетельствуют о наличии ОС при ГБ. Снижение уровня ГлВ у больных ГБ с функциональным дефицитом ФК, наиболее вероятно, связано с наличием ГГЦ и нарушением пути транссульфурирования, вызывающего недостаток предшественника ГлВ цистеина. Параметр содержания ГлВ в эритроцитах можно рассматривать, как потенциальный показатель функционального дефицита ФК при ГБ.

КОРРЕЛЯЦИЯ УРОВНЯ АСЛО В КРОВИ С ИНТЕНСИВНОСТЬЮ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ЛЮМБАГО

Алексеева Н.Т., Соколов Д.А., Карандеева А.М.,
Кварацхелия А.Г., Анохина Ж.А.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Инфицирование стрептококком группы А приводит к развитию специфического иммунного ответа, который проявляется значительным повышением титра антител к одному из внеклеточных стрептококковых антигенов, а именно к стрептолизину О. Наиболее чувствительным тестом является определение АСЛО, возрастание титра которого начинается сразу после развития инфекции и максимально нарастает через 3-5 недель после старта заболевания. Увеличение количества АСЛО в крови свидетельствует о перенесенной стрептококковой инфекции, чаще обнаруживается при хроническом тонзиллите, ангине, скарлатине. Содержание АСЛО в крови максимально выражено на 7-14 сутки после инфицирования, заметно снижается при выздоровлении. Однако, устойчивое и длительное повышение АСЛО является прогностическим признаком развития не только ревматизма и ревматоидного артрита, но и воспалительных заболеваний опорно-двигательного аппарата, сопровождающихся острым болевым синдромом.

Цель исследования. Выявить корреляцию уровня АСЛО в крови с уровнем болевого синдрома у пациентов с люмбаго.

Материалы и методы. Материалом исследования явились результаты биохимического анализа крови 69 пациентов обоих полов в возрасте от 24 до 38 лет, имеющих на момент исследования обострение остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника в виде люмбаго. Референсные значения АСЛО составили 0-200 Ед./л. Критерием включения в исследование явилось изолированное повышение АСЛО в крови у пациентов с люмбаго. Критериями исключения из исследования явились повышение уровня ревматоидного фактора, С-реактивного белка и мочевой кислоты в крови, острый и подострый периоды тонзиллита, ангины, скарлатины. Уровень болевого синдрома оценивали с помощью опросника Мак-Гилла. Оценивали индекс числа выбранных дескрипторов (ИЧВД) и ранговый индекс боли (РИБ).

Результаты и обсуждения. В ходе исследования по уровню болевого синдрома пациенты с люм-

баго были разделены на три группы (в каждой по 23 пациента) по уровню ИЧВД и РИБ. Первую группу составили трудоспособные пациенты с ИЧВД 11.1 ± 2.9 и РИБ 19.7 ± 5.2 . Вторую группу составили ограниченно трудоспособные пациенты с индексами ИЧВД и РИБ 12.3 ± 2.4 и 23.2 ± 2.7 соответственно. Третья группа представлена нетрудоспособными пациентами с индексами ИЧВД и РИБ 17.0 ± 1.0 и 37.0 ± 0.9 соответственно. Уровень АСЛО у пациентов 1 группы составил 236 ± 22 Ед./л. У пациентов 2 группы уровень АСЛО составил 394 ± 34 Ед./л. В 3 группе уровень АСЛО составил 458 ± 46 Ед./л.

Выводы. В ходе проведенного исследования установлена корреляция уровня АСЛО в крови с уровнем болевого синдрома у пациентов с люмбаго. У пациентов с умеренным болевым синдромом уровень АСЛО незначительно превышал средние референсные значения. Уровень АСЛО у ограниченно трудоспособных пациентов превышал референсные значения на 97%. У пациентов с выраженным болевым синдромом выявлены максимальные показатели уровня АСЛО в крови, на 229% превышающие допустимые. Таким образом, нами установлена прямая зависимость уровня АСЛО в крови и интенсивности болевого синдрома у пациентов с люмбаго, что может свидетельствовать о стрептококковой этиологии первопричин воспалительного процесса.

ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СУСТАВОВ КИСТЕЙ И СТОП В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Алексеева О.Г., Смирнов А.В., Глухова С.И.,
Волков А.В., Насонов Е.Л.

Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Введение. Ультразвуковое (УЗ) исследование суставов способствует не только выявлению признаков ревматоидного артрита (РА) на ранних и доклинических стадиях, но также может иметь прогностическое значение.

Цель исследования. Выявить прогностическое значение УЗ параметров в рентгенологическом прогрессировании у пациентов с РА в течение длительного наблюдения.

Материал и методы. В исследование включено 85 пациентов с РА, средний возраст которых составил $53,0$ [$44,0$; $61,0$] лет, с длительностью заболевания $8,0$ [$4,0$; $24,0$] месяцев. Из них 56 пациен-

тов с ранним РА, средний возраст которых составил $53,5$ [$45,5$; $61,0$] лет, с длительностью заболевания 5 [3 ; $7,5$] месяцев. В течение первого года терапия осуществлялась согласно концепции «лечение до достижения цели», в дальнейшем лечение осуществлялось в реальной клинической практике (медиана длительности наблюдения составила 4 года). УЗИ кистей и стоп проводилось непосредственно перед началом терапии, через 3, 6, 9 и через 12 месяцев лечения с определением воспаления синовиальной оболочки по данным «серой» шкалы (СШ) и в режиме энергетического доплера (ЭД) и подсчетом количества суставов с эрозиями. УЗИ кистей и стоп 7 суставных зон (запястья, 2,3 пястнофаланговых, 2,3 проксимальных межфаланговых, 2,5 пястнофаланговых суставов) клинически доминирующей стороны проводили на аппаратах экспертного класса с использованием мультисекторного линейного датчика (10-18 МГц) с техникой ЭД, параметры которого были адаптированы для регистрации низкоскоростных потоков (PRF 300-600 Гц, низкий фильтр, динамический диапазон – 20-40 дБ). Рентгенологическое обследование осуществлялось перед началом наблюдения, через год и на момент окончания исследования с оценкой рентгенологических изменений методом Sharp в модификации van der Heijde.

Результаты. По данным УЗ у 80% (68 человек) пациентов на момент включения в исследование имелся «активный» синовит по ЭД. Через 12 месяцев наблюдения счет синовита по ЭД снизился с 2 [$1,0$; $6,0$] до 0 [$0,0$; $2,0$] и признаки «активного» синовита по ЭД к 12 месяцу сохранялись у 39 пациентов (47%). Через 4 года у 33 больных (39%) выявлено рентгенологическое прогрессирование.

При помощи регрессии Кокса, определена вероятность рентгенологического прогрессирования к окончанию наблюдения. Было выявлено, что наличие активности в режиме ЭД в начале наблюдения увеличивают риск отдаленного рентгенологического прогрессирования (ОР 3,68 95% ДИ 1,03-13,15, $p=0,045$).

На момент окончания исследования у 17 из 56 больных с ранним РА выявлено рентгенологическое прогрессирование: нарастание суммы эрозий с 0 [0 ; 1] до 4 [2 ; 7], суммы сужений с 62 [27 ; 85] до 101 [89 ; 112] и общего суммарного балла с 62 [28 ; 85] до 103 [95 ; 115]. В тоже время, на фоне терапии, определялось снижение УЗ-признаков воспаления по данным СШ и ЭД: с 6 [4 ; 9] до 1 [0 ; 3] и 2 [1 ; 5] до 1 [0 ; 2] соответственно и нарастание количества суставов с эрозиями с 0 [0 ; 1] до 2 [0 ; 3]. При построении модели Кокса в группе с ранним РА были выявлены независимые предикторы исходов РА. Так, сохранение повышенного СОЭ на 3 месяце наблюдения обуславливало увеличение шанса выявления эрозий

в 1,03 раз (95% ДИ 1,0-1,05, $p=0,004$), сохранение активности по данным ЭД на 6 месяце наблюдения – в 4,32 раза (95% ДИ 1,44-12,93, $p=0,006$) и нарастание количества суставов с эрозиями на 6 месяце наблюдения увеличивало риск в 3,15 раза (95% ДИ 1,08-9,2, $p=0,035$). Данная модель продемонстрировала приемлемую значимость: $R^2=0,69$.

Заключение. Таким образом, обнаружена связь между УЗ показателями и рентгенологическим прогрессированием через год от начала наблюдения, а также прогностическое значение активного воспаления по ЭД до терапии в отдаленной перспективе. При раннем РА для определения групп пациентов с потенциально быстрым рентгенологическим прогрессированием помимо стандартных клинико-лабораторных исследований целесообразно проведение УЗИ кистей и стоп через 6 месяцев от начала терапии с определением активного воспаления и подсчетом количества суставов с эрозиями.

ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ КРИТЕРИИ ДИУРЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Алиев Ж.С., Наврузова Д.А.
Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
г. Бухара, Республика Узбекистан

Оценка эффективности терапии и переход на поддерживающие дозы диуретиков при застое в большом круге кровообращения у клиницистов как правило не вызывает затруднений (по динамике периферических отеков и размеров печени), тогда как при застое в малом круге кровообращения имеются трудности в связи с определением венозной легочной гипертензии объективным неинвазивным методом.

Цель исследования. Изучение ранее предложенного автором способа ультразвуковой ранней диагностики венозной легочной гипертензии у пациентов с острой сердечной недостаточностью в оценке эффективности диуретической терапии. Проводилась трансторакальная эхокардиография по стандартному протоколу с дополнительным измерением максимального диаметра любой из видимых легочной вены во время диастолы сердца, и минимального диаметра во время систолы предсердий. Обследовано 12 пациентов (8 женщин, 4 мужчин в возрасте $59,0 \pm 2,8$ лет) с острой сердечной недостаточностью, развившейся на фоне гипертониче-

ской болезни, до и после 6 месяцев общепринятого лечения. Все пациенты имели венозную легочную гипертензию. В качестве мочегонного препарата назначался торасемид. Статистическую обработку результатов исследования проводили непараметрическим методом Манна-Уитни. Различия считали достоверными при $p < 0,05$. У всех испытуемых получено письменное согласие на участие в исследовании. На фоне проводимой шести месячной терапии выявлены достоверные улучшения следующих эхокардиографических показателей: толщина межжелудочковой перегородки уменьшилась с $10,9 \pm 0,34$ см до $9,7 \pm 0,08$ см ($p < 0,05$); толщина задней стенки левого желудочка – с $10,8 \pm 0,31$ см до $9,8 \pm 0,07$ см ($p < 0,05$); размер левого предсердия на левом боку – с $39,5 \pm 0,52$ мм до $36,9 \pm 0,12$ мм ($p < 0,05$); объем левого предсердия – с $73,3 \pm 3,37$ мл до $54,5 \pm 0,76$ мл ($p < 0,05$); объем правого предсердия – с $59,7 \pm 3,05$ мл до $44,8 \pm 0,68$ мл ($p < 0,05$); толщина стенки правого желудочка – с $7,26 \pm 0,15$ мм до $6,4 \pm 0,22$ мм ($p < 0,05$); максимальный диаметр легочной вены – с $23 \pm 0,48$ мм до $14,7 \pm 0,19$ мм ($p < 0,05$); минимальный диаметр легочной вены – с $11,3 \pm 0,19$ мм до $6,0 \pm 0,16$ мм ($p < 0,05$).

Таким образом, способ ультразвуковой ранней диагностики венозной легочной гипертензии по исследованию максимального и минимального диаметров легочных вен у пациентов с хронической сердечной недостаточностью подходит как для назначения, так и для оценки эффективности диуретической терапии.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЦА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

**Аляви Б.А.^{1,2}, Абдуллаев А.Х.^{1,2}, Раимкулова Н.Р.^{1,2},
Узоков Ж.К.¹, Исхаков Ш.А.^{1,2}, Азизов Ш.И.^{1,2},
Каримова Д.К.¹, Исламова Д.Н.¹**

¹Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр
терапии и медицинской реабилитации,

²Ташкентский педиатрический
медицинский институт,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучение влияния антиагрегантной, гиполипидемической терапии и левокарнитина на течение ишемической болезни сердца (ИБС) и функциональное состояние левого желудочка (ЛЖ) пациентов, подвергшихся стентированию коронарных артерий (СКА).

Материалы и методы. Наблюдали больных с ИБС (37, средний возраст 59,1±8,4 лет), которым после коронароангиографии, по показаниям проводили СКА. До процедуры и в динамике наблюдения (2-е сутки, через 1, 3 и 6 месяцев) изучали агрегацию тромбоцитов, липидный спектр, показатели воспаления, электро- и эхокардиографии (ЭКГ и ЭхоКГ) и велоэргометрии (ВЭМ). Больные на фоне базисного стандартного лечения (аспирин+клопидогрел (АСК+К), статины (аторвастатин или розувастатин), ингибиторы АПФ) получали метаболическую терапию – левокарнитин (Аз Корни, Coral Laboratories Limited, Индия) в дозе 1 г/5,0 мл/сут. струйно, в течение 10 дней, 2 раза за период наблюдения (в первые 10 дней и на шестом месяце наблюдения).

Результаты и обсуждение. Пациенты хорошо переносили двойную антиагрегантную терапию (АСК+К). Наиболее уязвимым периодом после СКА является 1 месяц, в связи со специфичной динамикой тромбоцитарного ответа. Стабилизация агрегации тромбоцитов с 5 мкмоль/л АДФ у пациентов происходит позже. Липидснижающая эффективность статинов и антиагрегантное действие АСК с К сохранялись на достаточном уровне, отмечен их противовоспалительный эффект. Безболевого ишемия миокарда у пациентов с гипертрофией ЛЖ была более выраженной, чем у больных без измененной геометрии ЛЖ. Появление безболевого ишемия миокарда при гипертрофии ЛЖ является, скорее всего, следствием увеличения потребности гипертрофированного миокарда в кислороде. По данным ЭхоКГ на вторые сутки после стентирования выявлено улучшение показателей, отражающих систолическую функцию ЛЖ и ухудшение показателей, отражающих диастолическую функцию. Предикторами ухудшения течения ИБС можно считать увеличение массы миокарда и конечно-систолического объема ЛЖ. СКА эффективно улучшает диастолическое расслабление и систолическую функцию ЛЖ. Улучшение систолической функции и диастолического расслабления ЛЖ происходит через 1 мес после СКА. Через 6 месяцев наблюдается нормализация систолической и диастолической функции ЛЖ. Выявлено увеличение толерантности к физической нагрузке (в среднем на 14%), времени до возникновения депрессий ST при проведении нагрузочных проб (15-25%) и нагрузки до начала приступа стенокардии, уменьшение выраженности депрессии сегмента ST. В группе больных, леченных левокарнитином, меньшим было число эпизодов ишемии (17,6 против 36%) и продемонстрировано, что уменьшилось число эпизодов нарушения ритма и сократилось время регистрации мультиформных или парных экстрасистол. Выявлена положительная клиническая эффективность терапии, включающей Аз Корни, по сравнению с базисной по увеличению продолжитель-

ности выполняемой физической нагрузки при проведении ВЭМ-пробы. Включение в комплекс Аз Корни.

Выводы. Стандартная терапия и левокарнитин оказали благоприятное влияние на течение ИБС после СКА, которое эффективно улучшает диастолическое расслабление и систолическую функцию ЛЖ больных. Результаты показывают о достаточном повышении эффективности базисной терапии, при включении в ее состав препарата Аз Корни.

СИНДРОМ ХРУПКОСТИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ: АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА

Амири Е.И.¹, Мясоедова С.Е.¹, Уткин И.В.²

¹Ивановская государственная медицинская академия,

²Ивановский государственный университет,
г. Иваново

Цель исследования. Установить при ревматоидном артрите (РА) частоту встречаемости синдрома хрупкости и выявить факторы риска данного состояния.

Материалы и методы. В исследование были включены 70 пациентов (59 женщин и 11 мужчин) с достоверным диагнозом РА по критериям ACR/EULAR (2010), в возрасте 33-81 год (средний возраст 58,2±10,3 лет), проходивших лечение в ОБУЗ «Городская клиническая больница №4». Из них 36 человек были моложе 60 лет. Длительность заболевания составила от 0,5 до 39 лет (9,4±9,2 лет). Большинство больных имели серопозитивный (82,9%), АЦЦП-позитивный (80,0%) РА умеренной активности (DAS28 по СОЭ 4,6±1,4). 47 (67,1%) больных получали базисную противовоспалительную терапию метотрексатом (15,9±4,9 мг/неделю). Синдром хрупкости диагностировали по фенотипической модели L.P. Fried (2001), включающей оценку динамики веса за год, динамометрию кистей, время ходьбы на 4 метра, синдром патологической усталости (Fatigue Assessment Scale), физическую активность (International Questionnaire on Physical Activity). Кроме того, определяли функциональный статус по НАQ, тяжесть деменции (Mini-Mental State Examination), статус питания (Mini Nutrition Assessment), десятилетнюю выживаемость по индексу коморбидности Чарльсона, наличие сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Данные обработаны в пакете прикладных программ Statistica 6.0. Достоверность различий между группами оценивалась с помощью t-критерия Стьюдента. Различия считались статистически значимыми при p<0,05. Факторный анализ проводили методом главных компонент с вращением корреляционной матрицы

по методике Varimax raw. В составе каждого фактора значимыми считали линейные нагрузки при коэффициенте корреляции $r > 0,7$.

Результаты и обсуждение. Синдром хрупкости был выявлен у 31 (44,3%), прехрупкость – у 36 (51,4%) больных с РА. «Крепких» больных было трое (4,3%). По результатам факторного анализа у хрупких пациентов были выявлены 4 независимых фактора: 1 – данные динамометрии правой ($r = -0,95$) и левой ($r = -0,88$) кистей и индекс НАQ ($r = 0,77$), 2 – наличие ССО ($r = 0,75$), возраст ($r = 0,78$) и десятилетняя выживаемость ($r = -0,82$), 3 – активность РА (DAS28 по СОЭ) ($r = 0,76$), показатель статуса питания ($r = 0,74$) и показатель гиподинамии ($r = -0,70$), 4 – время ходьбы на 4 метра ($r = -0,74$) и суммарная доза полученных глюкокортикоидов ($r = 0,78$). У прехрупких было выделено 4 независимых фактора: 1 – время ходьбы на 4 метра ($r = 0,81$) и статус питания ($r = -0,75$), 2 – потеря веса за год ($r = 0,77$), 3 – данные динамометрии правой ($r = -0,83$) и левой ($r = -0,78$) кистей и индекс НАQ ($r = 0,78$), 4 – десятилетняя выживаемость ($r = -0,87$) и наличие ССО ($r = 0,71$).

Доминирующим фактором риска развития синдрома хрупкости является уровень динамометрии, который влияет на функциональный статус пациента. У прехрупких больных таковым является время ходьбы на 4 м, связанное со статусом питания и немотивированной потерей веса. Среди остальных факторов преобладали наличие ССО и возраст, определяющие 10-летнюю выживаемость пациентов, а также активность РА, способствующая гиподинамии.

Выводы. Подавляющее число больных РА имеют синдромы хрупкости или прехрупкости. Полученные результаты относительно факторов риска развития данных синдромов позволяют выделить основные цели реабилитационных воздействий у больных РА для профилактики хрупкости. К ним относятся ходьба, коррекция нутритивного статуса, тренировка силы кистей и профилактика сердечно-сосудистых осложнений.

ИЗУЧИТЬ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Арипова Н.А., Алиева К.К., Ганиева Н.А.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучить качество жизни (КЖ) больных, госпитализированных в связи с ХСН в стадии декомпенсации.

Материалы и методы. С помощью Европейского (EQ-5D) и специфического для ХСН Миннесотский опросник изучено КЖ у 41 больных (25 мужчин и 16 женщин, средний возраст $65,6 \pm 10,1$ лет), госпитализированного в связи с декомпенсацией ХСН. Опросники заполнялись при поступлении, выписке и через 6 месяцев после госпитализации.

Результаты и обсуждение. Причинами развития ХСН явились: сочетанное течение ИБС и АГ (86,4%), в том числе ПИКС (40,6%), ФП (51,4%), СД (32,4%), пороки сердца (10,8%), кардиомиопатии (8,1%). На развитие декомпенсации влияли: наличие пневмонии (29,7%), обострение ХОБЛ (21,6%), ХБП (16,2%). На момент госпитализации пациенты относились к III и IV ФК ХСН по NYHA (41,7% и 58,3% соответственно) с приступами сердечной астмы (56,8%), асцитом (29,7%), анасаркой (21,6%), снижением СКФ менее 60 мл/мин (72,7%), менее 30 мл/мин (15,5%). Застой в легких, инфильтрация, гидроторакс при рентгенографии ОГК выявлялись у 36,8%, 29,7% и 21% больных соответственно. Сниженную ФВ ЛЖ имели 63,3% пациентов. Выраженные ограничения физического функционирования (по EQ-5D) при госпитализации имели 79% больных: 68,2% были не способны самостоятельно передвигаться, 47% – обслуживать себя, 68% – выполнять повседневные нагрузки, 65% испытывали тревогу или депрессию, самочувствие по визуальной-аналоговой шкале (ВАШ) составило 36 баллов. После достижения компенсации КЖ улучшилось: уменьшилось количество пациентов с ограничениями подвижности (до 20%), затруднением самообслуживания (до 3%), повседневной деятельности (до 20,5%), проявлениями тревоги или депрессии (до 35%), показатель ВАШ увеличился до 60. При этом показатели КЖ по Миннесотский опросник (физические ограничения, симптомы, влияние на социальную сферу и КЖ, за исключением «стабильности симптоматики» не превышали 50%. Через 6 месяцев умерло 3 пациента, 4 – повторно госпитализированы, у остальных при отсутствии значимых изменений по ВАШ (53 балла), ухудшилась симптоматика по Миннесотский опросник (с 57,8% до 43,4%, $p < 0,03$), появилась тенденция к снижению суммарного показателя КЖ (с 49,5% до 40,2%).

Выводы. Декомпенсация ХСН характеризуется низкими показателями КЖ с выраженными ограничениями физической активности и социальной адаптации. В стационаре за счет устранения симптомов застоя, достаточно быстро наблюдается улучшение не только физического, но и психологического компонентов КЖ. В амбулаторных условиях через 6 месяцев, несмотря на лечение, по мере ухудшения симптоматики, появляется тенденция к ухудшению КЖ.

ПРЕДИКТОРЫ ВЫЖИВАЕМОСТИ ТЕРАПИИ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Аронова Е.С.¹, Лукина Г.В.^{2,1}, Глухова С.И.¹,
Гриднева Г.И.¹, Кудрявцева А.В.¹

¹Научно-исследовательский институт
имени В.А. Насоновой,

²Московский клинический научно-практический
центр имени А.С. Логинова,
Москва

Цель. Выявление предикторов выживаемости терапии генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП) у ранее биоинвазивных больных ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы. В ретроспективное исследование было включено 204 взрослых пациента (173 женщины, 84,8%), с активным РА, которым впервые была назначена терапия различными ГИБП: инфликсимаб (ИНФ) – 65 больным (31,9%), ритуксимаб (РТМ) – 39 (19,1%), адалимумаб (АДА) – 30 (14,7%), этанерцепт (ЭТЦ) – 28 (13,7%), абатацепт (АБА) – 23 (11,3%), тоцилизумаб (ТОЦ) – 15 (7,4%), цертолизумаб пегол (ЦП) – 4 (1,9%). В качестве предикторов выживаемости использовались следующие показатели: пол, возраст и клиническая форма РА. Пациенты были разделены по возрасту в соответствии с классификацией, принятой ВОЗ. Клинические формы РА были представлены: РА, серопозитивный по ревматоидному фактору (РФ), РА, серонегативный по РФ, РА с внесуставными проявлениями, болезнь Стилла, РА с ювенильным началом. Для выделения показателей, ассоциированных с неэффективностью терапии или нежелательными реакциями (НР), мы использовали модель пропорциональных рисков Кокса. Анализ выживаемости терапии проводился методом Каплана-Майера и оценкой значимости различий с использованием лог-рангового критерия.

Результаты. Через год 92 больных (45%) продолжали лечение. Причинами отмены ГИБП в течение первого года лечения были: недостаточная эффективность – 50%, НР – 25%, административные причины – 17%, ремиссия – 6,25%, смерть – 1,75%. Несмотря на то, что среди пациентов, продолжающих лечение через год, число женщин, значительно превышало число мужчин (84,8% и 15,2% соответственно), женский пол не являлся достоверным предиктором выживаемости на терапии. В то же время частота прекращения лечения в связи с возникновением НР у женщин была выше (96,55%, $p=0,03$).

К концу периода наблюдения наилучшую выживаемость показала терапия РТМ (69,23% пациентов продолжали лечение в течение года), ЭТЦ (44,4% пациентов) и АБА (43,48% пациентов). Прекращение ГИБП вследствие ремиссии РА было достигнуто у 7 больных и оказалось достоверно выше в группе РТМ (10,26%, $p<0,05$) по сравнению с группой АБА (8,7%) и АДА (3,45%). Прекращение ГИБП в связи с недостаточной эффективностью достоверно чаще отмечалось в группе больных 18-44 лет (46,43%, 26 больных, $p=0,03$). Отмена терапии в связи с НР также преобладала в указанной возрастной группе (50%, 14 больных). Частота прекращения лечения в связи с ремиссией болезни достоверно не различалась. Прекращение терапии в связи с недостаточной эффективностью чаще отмечалось в группе серонегативного ревматоидного артрита – 59,1% ($p<0,05$). В группе серопозитивного РА 24,8% больных отметили ГИБП по этой причине, в группе РА с внесуставными проявлениями этот показатель составил 18,1%, в группе БСВ – 30% и в группе РА с ювенильным началом – 30%. Отмена ГИБП в связи с ремиссией РА в подавляющем большинстве случаев отмечалась в группе серопозитивного РА (6 больных, 4%) и была достоверно выше, чем в других группах.

Выводы. Женский пол, молодой возраст (18-44 лет), серонегативный по РФ РА были ассоциированы с меньшей выживаемостью терапии вследствие ее прекращения по причине недостаточной эффективности и/или развития нежелательных реакций, а РТМ и серопозитивный по ревматоидному фактору РА – с большей частотой прекращения лечения в связи с ремиссией.

ПРИЧИНЫ ОТМЕМЫ И ВЫЖИВАЕМОСТЬ ТЕРАПИИ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Аронова Е.С.¹, Лукина Г.В.^{2,1}, Глухова С.И.¹,
Гриднева Г.И.¹, Кудрявцева А.В.¹

¹Научно-исследовательский институт
имени В.А. Насоновой,

²Московский клинический научно-практический
центр имени А.С. Логинова,
Москва

Цель. Изучить причины отмены и оценить выживаемость генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) у биоинвазивных больных ревматоидным артритом в течение первого года лечения.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование было включено 204 взрослых пациента (173 женщины, 84,8%), с активным, несмотря на проводимую терапию стандартными базисными противовоспалительными препаратами (БПВП), ревматоидным артритом (РА), которым впервые была назначена терапия различными ГИБП: инфликсимаб (ИНФ) – 65 больным (31,9%), ритуксимаб (РТМ) – 39 (19,1%), адалимумаб (АДА) – 30 (14,7%), этанерцепт (ЭТЦ) – 28 (13,7%), абатацепт (АБА) – 23 (11,3%), тоцилизумаб (ТОЦ) – 15 (7,4%), цертолизумаб пегол (ЦП) – 4 (1,9%).

Результаты. Через год 92 больных (45%) продолжали лечение и у 112 больных лечение было прекращено. Среднее время лечения составило $0,75 \pm 0,33$ лет. Наибольшая продолжительность лечения была в группах РТМ и АБА ($0,92 \pm 0,22$ и $0,83 \pm 0,29$ лет соответственно). Средняя продолжительность лечения ИНФ составила $0,76 \pm 0,34$ лет, АДА – $0,72 \pm 0,3$ лет, ЭТЦ – $0,62 \pm 0,39$ лет, ТЦЗ – $0,55 \pm 0,37$ лет, ЦП – $0,44 \pm 0,38$ лет. Наилучшую выживаемость показала терапия РТМ (69,23% пациентов продолжали лечение в течение года), ЭТЦ (44,4% пациентов) и АБА (43,48% пациентов). Для ИНФ, АДА и ТЦЗ эти показатели составили 43,08%, 37,93% и 20% соответственно. Причины прекращения терапии распределились следующим образом: 56 (50%) больным ГИБП был отменен в связи с недостаточной эффективностью (включая первичную неэффективность), 28 больным (25%) – вследствие развития нежелательных реакций, 19 больным (17%) – по административным причинам, 7 больным (6,25%) – в связи с медикаментозной ремиссией. В течение первого года терапии было зарегистрировано два случая смерти (1,75%) в связи с тяжелыми коморбидными состояниями у больных, один из которых получал РТМ, другой – ТЦЗ. Используя метод Каплана-Майера и логранговый критерий, мы оценили выживаемость терапии отдельно для случаев отмены в связи с недостаточной эффективностью или нежелательной реакцией. В обоих случаях лучшая выживаемость терапии была ассоциирована с РТМ, однако эта закономерность не имела статистической значимости. Наименьшая выживаемость наблюдалась при назначении ЦП (ни один пациент не достиг контрольной точки).

Выводы. 44,9% больных РА продолжали лечение впервые назначенным ГИБП более 12 месяцев. Наиболее частой причиной прекращения терапии являлась ее недостаточная эффективность. Наилучшая выживаемость лечения отмечалась на фоне РТМ и АБА.

БЕЗОПАСНОСТЬ ИНФЛИКСИМАБА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Аронова Е.С.¹, Лукина Г.В.^{1,2}, Гриднева Г.И.¹,
Кудрявцева А.В.¹

¹Научно-исследовательский институт
имени В.А. Насоновой,

²Московский клинический научно-практический
центр имени А.С. Логинова,
Москва

Цель. Оценить спектр нежелательных явлений, возникающих на фоне терапии инфликсимабом (ИНФ) у больных ревматоидным артритом в реальной клинической практике.

Материалы и методы. В проспективное исследование включено 135 пациентов (114 женщин) с активным ревматоидным артритом. В качестве базисных противовоспалительных препаратов (БПВП) 105 пациентов получали метотрексат (МТ) в среднем 10,8 мг/нед., 23 пациента – другие БПВП, в том числе лефлуномид, сульфасалазин, плаквенил, а также их комбинации. Семи больным ИНФ назначался без сопутствующих БПВП. 69 пациентов, помимо ИНФ, получали глюкокортикоиды (ГК) в средней дозе $6,9 \pm 2,9$ мг/сут в пересчете на преднизолон. 22,2% пациентов выбыли из исследования в связи с первичной или вторичной неэффективностью ИНФ.

Результаты. Нежелательные явления (НЯ) были зарегистрированы у 28,1% больных. Инфузионные реакции наблюдались в процессе введения препарата у 15 пациентов (т.е. в 11,1% случаев). НЯ, не требовавшие отмены препарата, были зарегистрированы у 4 пациентов (2,9%).

У 19 пациентов (14,1%) отмечались серьезные НЯ, потребовавшие отмены ИНФ, и в одном случае зафиксирована гибель пациентки по причине, не связанной с лечением ИНФ (декомпенсация хронической почечной недостаточности вследствие вторичного амилоидоза). Среди серьезных НЯ с наибольшей частотой встречались аллергические и анафилактикоидные реакции (у 8 пациентов). Второе место по частоте возникновения занимали серьезные инфекционные осложнения на фоне терапии ИНФ, отмечавшиеся у 7 пациентов (5,2%). У двух пациенток (1,5%) мы наблюдали кардиологические симптомы на фоне инфузии ИНФ или вскоре после нее (мерцательная аритмия после первой инфузии ремикейда и боль в сердце без признаков патологии на ЭКГ, также возникшая после первой инфузии).

В двух случаях (1,5%) отмена ИНФ была связана с кожным поражением. У одной больной после 7-го введения появились псориазические бляшки в области локтевых суставов, которые в дальнейшем не прогрессировали. У другой паци-

ентки после 2 инфузии развились симметричные язвы нижних третей голеней.

Мы рассмотрели частоту возникновения НЯ на фоне сочетания различных базисных противовоспалительных препаратов и инфликсимаба, а также на фоне монотерапии ИНФ. Достоверно больший процент НЯ отмечался на фоне сочетанной терапии лефлуномида и ИНФ (37,5%) как по сравнению с группой, получавшей комбинацию МТ и ИНФ ($p=0,01$), так и с группой монотерапии ИНФ ($p=0,06$). Между группами монотерапии ИНФ и сочетанной терапии (ИНФ+МТ) достоверных различий в частоте возникновения нежелательных явлений не выявлено ($p=0,4$).

Выводы. Инфликсимаб безопасен для применения в реальной клинической практике, однако перед назначением терапии следует информировать пациентов о рисках возникновения нежелательных эффектов и необходимости осмотра ревматологом перед каждым введением препарата.

СРАВНЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ИНСУЛЬТ

Арцимович В.В., Тертышная Н.М., Голдобин В.В.
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель. Провести сравнительный анализ групп пациентов, перенесших ишемический инсульт и проходящих реабилитационные мероприятия амбулаторно и в стационаре по общепринятой методике и с применением биологической обратной связи различной модальности.

Материалы и методы. Были обследованы 2 группы пациентов, проходящих реабилитационное лечение в восстановительном периоде инсульта. 1-ю группу ($n=39$, возраст $59,8\pm 10,4$ года) составили больные, проходящие стандартное реабилитационное лечение амбулаторно. 2-ю группу ($n=52$, возраст $63,2\pm 10,9$ года) составили пациенты, получающие реабилитационное лечение амбулаторно и в условиях стационара, с дополнением стандартных процедур реабилитационным тренингом с применением биологической обратной связи. Методы, применяемые для реабилитационного лечения включали физиотерапевтические процедуры: СМТ, МЭС, парафиновые аппликации, вихревые ванны (ручные/ножные), магнитотерапию; занятия ЛФК, массаж, рефлексотерапию. Пациентам 2-й группы в дополнение к основной терапии проводились сеансы ре-

абилитационного тренинга с применением биологической обратной связи различной модальности. Эффективность проводимых мероприятий оценивалась по динамике общепринятых клинических шкал.

Результаты и обсуждения. Достоверного различия по возрасту среди пациентов 1-й и 2-й группы не наблюдалось. В обеих группах пациентов отмечалась положительная динамика восстановления за время наблюдения. Балл по шкале Рэнкина у больных 1-й группы при поступлении составил $6,8\pm 4,1$, у обследованных 2-й группы – $8,5\pm 2,9$; наблюдалось достоверное различие указанных показателей ($p<0,05$). На 21-й день проводимого лечения данные значения составили соответственно $4,1\pm 2,5$ и $5,4\pm 2,4$, $p<0,05$. Большая выраженность очаговых симптомов у пациентов 2-й группы, вероятно, связана с более тяжелым состоянием пациентов, поступающих для реабилитационного лечения в стационар, по сравнению с амбулаторным этапом.

Выводы. Применения средств восстановления в комплексном лечении больных с церебральным инсультом позволяет эффективно восстанавливать нарушенные функции.

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МЕРЦАТЕЛЬНОГО ЭПИТЕЛИЯ НОСОВОЙ ПОЛОСТИ И ТРАХЕИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Асташонок А.Н.¹, Петрученя А.В.²,
Полецук Н.Н.¹, Рубаник Л.В.¹

¹Республиканский научно-практический центр эпидемиологии и микробиологии,

²Минская центральная районная больница,
Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. С использованием наноскопического и ультраструктурного анализа охарактеризовать структурно-функциональные нарушения эпителиоцитов носовой полости и трахеи у детей с хроническими заболеваниями респираторного тракта.

Материалы и методы. Обследовано 119 детей, госпитализированных в пульмонологическое отделение УЗ «3 городская детская клиническая больница» (г. Минск, Беларусь). Из них для дальнейшего углубленного анализа отобрано 18 детей (возраст от 4 до 17 лет). Последние были разделены на две группы: I – с бронхиальной астмой (7 детей); II – с хроническими заболеваниями легких (муковисцидоз, первичная цилиарная дискинезия, бронхоэктатическая болезнь) (11 детей). Для электронной

микроскопии (ЭМ) исследовались биоптаты трахеи, полученные только от пациентов группы II. Ультратонкие срезы анализировали на микроскопе JEM-1011 (Jeol, Япония) при увеличениях $\times 6000-200\,000$. Наноскопический анализ эпителия носовой полости проводили у пациентов всех групп, а взятие и дальнейшее исследование слизистой трахеи осуществлялось только у пациентов группы II. Топографические изображения клеточных элементов получали на микроскопе Nanoscope IIIa MultiMode (Bruker, США), оборудованном J-сканером.

Результаты и обсуждение. Наноскопический анализ. Установлено, что в группе I клеточный состав был представлен многочисленными реснитчатыми эпителиоцитами (РЭ) на фоне умеренного числа бокаловидных клеток (БК). Соотношение этих двух типов клеточных элементов составило – 5:1. Среди других элементов отмечались: метаплазированный эпителий (в виде безъядерных чешуек), клетки воспалительного ряда, представленные нейтрофилами и эозинофилами (5-6 клеток в поле зрения). В группе 2 нормальный клеточный состав был значительно обеднен по сравнению с БК. Соотношение этих двух типов клеточных структур составило – 1:2. При этом БК были значительно (в 1,5-2 раза) увеличены в размерах. Анализируя реснитчатый аппарат клеток в 2 случаях выявлено ряд наноструктурных нарушений: реснички располагались хаотично с нарушенным центром ветвления. Кроме того, диаметр этих ресничек не соответствовал показателям нормы (~200 нм), а значительно варьировал (от 95 до 160 нм). Подобный тип нарушений выявлен также при наноскопическом исследовании цилиарного аппарата слизистой трахеи.

Ультраструктурный анализ. Результаты показали, что на поперечных срезах ресничек выявлялись тотальные дефекты наружных динеиновых ручек. При этом центральные и периферические пары микротрубочек оставались не измененными и сохраняли структурную формулу 9+2. В тоже время анализируя серии поперечных срезов ресничек отмечено также смещение (поворот) микротрубочек относительно центральной оси.

Выводы. 1. С использованием наноскопического и ультраструктурного анализа проведено исследование мерцательного эпителия носовой полости и слизистой трахеи. Дана характеристика citoархитектоники поверхности реснитчатых эпителиоцитов, бокаловидных клеток, выявлены маркеры, свидетельствующие о наличии локального воспалительного ответа, наличии репаративно-дистрофических изменений различных типов клеток мерцательного эпителия. 2. Установлены тонкие наноструктурные изменения цилиарного аппарата. На основании электронно-микроскопического анализа констатирована причина дефектов ресничек, что по-

зволило установить редкие наследственно-обусловленные аномалии респираторного тракта.

ХРОНИЧЕСКИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ В СТРУКТУРЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Асфандиярова Н.С., Дашкевич О.В.,
Сучкова Е.И., Дорошина Н.В.
Рязанский государственный медицинский
университет имени академика И.П. Павлова,
г. Рязань

Цель исследования. Изучить долю хронических неспецифических заболеваний легких (ХНЗЛ) в структуре множественных хронических заболеваний (МХЗ), а также коморбидность ХНЗЛ.

Материал и методы исследования. Обследовано 2254 больных МХЗ, (769 муж и 1485 жен, 18-99 лет). Определяли частоту распространения ХНЗЛ среди больных МХЗ в зависимости от возраста и пола, а также изучали гендерную и возрастную структуру МХЗ при ХНЗЛ. Производился подсчет индекса полиморбидности по Лазебнику (общее число болезней/один пациент), как у больных ХНЗЛ, так и без него. Данный показатель позволяет судить о степени обремененности болезнями или о степени отягощенности коморбидного статуса. Для установления доли больных ХНЗЛ среди пациентов с МХЗ, а также гендерной и возрастной структуры МХЗ проводилось изучение амбулаторных карт пациентов, находящихся под наблюдением врачей терапевтов г. Рязани. Перечень заболеваний, которые были включены в список, представлял видоизмененный перечень заболеваний, разработанный M. Charlson et al. для определения прогностического индекса полиморбидности и включал следующие заболевания: ожирение, полиостеоартрит, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, церебро-вазкулярия болезнь), ХНЗЛ, язвенную болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки (ЯБ), заболевания печени, заболевания почек, онкологические заболевания, сахарный диабет (СД), и др. Все диагнозы установлены на основании результатов клинико-биохимических, инструментальных и морфологических методов исследования согласно общепринятым критериям, разработанных ВОЗ, Национальными обществами специалистов.

Результаты и обсуждение. Среди больных МХЗ, ХНЗЛ выявлены у 421 пациента (18,7%), в группе отмечалось незначительное преобладание

женщин (соотношение муж:жен – 1:1,18). Индекс полиморбидности, свидетельствующий о количестве заболеваний у одного пациента в целом был выше (в 1,5 раза) у больных ХНЗЛ. Наиболее часто отмечалось сочетание ХНЗЛ с ССЗ (88,1%), заболеваниями опорно-двигательного аппарата (55,6%), заболеваниями почек (34,4%). Реже встречалось сочетание ХНЗЛ с СД 2 типа (13,1%), заболеваниями печени (11,6%), онкологическими заболеваниями (7,8%). Аналогичная картина коморбидности, с небольшими отличиями, отмечена и в группе пациентов без ХНЗЛ. Более высокая частота язвенной болезни желудка/двенадцатиперстной кишки (более, чем в 1,5 раза, $p < 0,05$) отмечена у больных заболеваниями легких. Коморбидность этих двух заболеваний, возможно, обусловлена общими факторами риска, играющими важное значение в развитии заболеваний – курением, снижением иммунитета. Детальный анализ ассоциации онкологических заболеваний с ХНЗЛ показал более высокую частоту развития рака легких у больных заболеваниями легких, однако различие статистически недостоверно ввиду небольшого числа пациентов.

Выводы. Среди больных множественными хроническими заболеваниями, хронические неспецифические заболевания легких выявлены у 18,7% пациентов. Ассоциация ХНЗЛ с язвенной болезнью желудка/двенадцатиперстной кишки, возможно, обусловлена общими факторами риска, играющими важное значение в развитии заболеваний – курением, снижением иммунитета.

ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНОВ ТРОМБОФИЛИИ ПРИ СИНДРОМЕ ОБРАТИМОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ВАЗОКОНСТРИКЦИИ

Афанасьева М.Ю., Клочева Е.Г.,
Голдобин В.В., Белова К.В.

Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Синдром обратимой церебральной вазоконстрикции (СОЦВ) – это клинический и радиологический симптомокомплекс, характеризующийся интенсивной головной болью, а также очаговыми или общемозговыми симптомами, судорожными пароксизмами. Важным признаком заболевания является мультифокальный сегментарный спазм церебральных артерий, самостоятельно проходящий в течение 3 месяцев.

Цель исследования. Выявление полиморфизмов генов, предрасполагающих к наследственной тромбофилии, у пациентов с СОЦВ

Материалы и методы. Нами выполнено молекулярно-генетическое исследование тромбофилических полиморфизмов у 24 пациентов, в возрасте 38 ± 11 года, среди которых 19 женщин (79,1%) в возрасте $38,0 \pm 11,4$ года и 5 мужчин (20,8%) в возрасте $38,2 \pm 11,3$ года с диагнозом СОЦВ, установленным согласно диагностическим критериям СОЦВ.

Обследуемым пациентам проводилось рутинное клинико-неврологическое обследование, МРТ головного мозга (1,5- Т и 3Т) МР ангиография (МР АГ), молекулярно-генетическое исследование тромбофилических состояний (G20210A в гене протромбина, C677T гена метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR), -675 4G/5G гена эндотелиального ингибитора активатора плазминогена (PAI-1, SERPINE1), -455 G/A гена бета-полипептидной цепи белка фибриногена).

Результаты. Мутация G20210A в гене протромбина не была обнаружена у обследованных пациентов. При исследовании гена MTHFR (полиморфизм C677T) – у 10 (41,6%) пациентов наблюдалось гетерозиготное носительство (у 9 женщин и у 1 мужчины); у 2 (8,3%) женщин – гомозиготное. В гене PAI 1 (675) – гетерозиготный полиморфизм выявлен у 16 (66,7%) пациентов (12 женщин и 4 мужчин), гомозиготный – у 3 (12,5%) женщин. В гене фибриногена гетерозиготный полиморфизм имел место у 6 (25%) обследованных (5 женщин и 1 мужчины), гомозиготный – у 4 (16,7%) пациентов (2 женщины, 2 мужчин).

Заключение. В настоящий момент не известны точные причины и предрасположенность к развитию синдрома обратимой церебральной вазоконстрикции.

Проведенное молекулярно-генетическое исследование полиморфизмов генов, связанных с наследственными тромбофилиями, позволило выявить изменения в генах эндотелиального ингибитора активатора плазминогена, метилентетрагидрофолатредуктазы и фибриногена. Выявленные изменения требуют дальнейшего изучения.

ПРОБЛЕМЫ КОМОРБИДНОСТИ ПРИ ОСТРОМ РАССЕЯННОМ ЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТЕ

Ахмадеева Л.Р., Хайруллин А.Т., Байков Д.Э.
Башкирский государственный
медицинский университет,
г. Уфа

Цель работы. Описать клинический пример сложности диагностики у коморбидного пациента с острым рассеянным энцефаломиелитом.

Материалы и методы. Нами наблюдалась пациентка Н., 67 лет. При поступлении: Высшие психомнестические функции: эмоционально лабильна, поведение дистимичное, сниженный фон настроения. Навыки сформированы по возрасту. Сон спокойный. В деятельности медлительна, быстро истощаема при умственной и физической нагрузке. Внимание концентрирует недостаточно. Память механическая. В собственной речи использует простые фразы, лексико-грамматические нормы языка хорошо усвоены, звукопроизношение нарушено (дизартрия). Бинокулярная диплопия. Умеренный центральный тетрапарез, тотальная гемигипестезия слева. Мышечная сила в руках: справа 4 балла, слева 2 балла. Сухожильные рефлексы с рук и ног оживленные, ассиметричные, выше слева, рефлексогенные зоны расширены больше слева Брюшные рефлексы вызываются, симметричные, быстро истощаются. В координаторной сфере отмечается статическая и динамическая атаксия. Нарушение мочеиспускания по типу недержания мочи. По данным МРТ: картина множественных сливных очаговых изменений в веществе головного мозга, с единичным накоплением контрастного препарата и формированием очага демиелинизации в левой лобной доле. Ликворная киста в таламусе справа с глиозными изменениями по периферии, вероятно постишемического генеза.

Результаты и обсуждение. В данном случае, клиническая картина заболевания, появление и прогрессирование неврологической симптоматики у пациентки заставляют заподозрить острый рассеянный энцефаломиелит на фоне болезни мелких церебральных сосудов с хронической ишемией головного мозга.

В нашем клиническом случае основными нейровизуализационными признаками острого рассеянного энцефаломиелита являются множественные сливные очаги демиелинизации, явление перивентрикулярного глиоза, ликворная киста в таламусе справа с глиозными изменениями по периферии на фоне отчетливых признаков болезни малых церебральных сосудов согласно STRIVE с лакунарными инфарктами, гиперинтенсивностью белого вещества, микрокровоизлияниями, расширение периваскулярных пространств и церебральной атрофией.

Выводы. В данной работе был представлен клинический пример острого рассеянного энцефаломиелита с выраженной клинической симптоматикой у пациентки старшей возрастной группы с клинической и нейровизуализационной картиной болезни малых церебральных сосудов. Важным для диагностики явились тщательный сбор анамнеза и сопоставление клинических данных с данными магнитно-резонансной томографии головного мозга, что позволило диагностировать коморбидное состояние и предложить адекватные методы дальнейшего ведения.

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА И ПАРАМЕТРОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ахмедов Л.А., Пулатова Ш.Х.

Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
г. Бухара, Республика Узбекистан

Введение. Пациенты, имеющие заболевания сердца, ассоциированные с ожирением, имеют повышенный риск развития сердечно-сосудистых катастроф. Однако имеются неоднозначные данные в отношении необходимости снижения массы тела пациентам с ОН при ИМТ 25-25,9 ввиду возможного энергетического дисбаланса миокарда, что может негативно сказаться на клиническом течении ОН.

Цель. Оценка уровня ОХ и параметров качества жизни в зависимости от ИМТ.

Материалы и методы. В исследовании приняли 34 пациента – женщины, страдающие острой сердечной недостаточностью (ОН) в результате ишемической болезни (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ). Диагноз ОН подтвержден на основе критериев Национальных рекомендаций (четвертый пересмотр, 2013). Пациенты получали стандартную терапию согласно стандартам лечения. В зависимости от индекса массы тела (ИМТ) были разделены на 3 группы: 1-ая 8 пациентов, имеющих ИМТ в диапазоне 25-29,9; группа из 10 пациентов, 2-ая, имеющих ожирение первой степени (ИМТ 30-35). В качестве контроля – группа 3 из 14 пациентов, имеющих нормальную массу тела (ИМТ=19-25). Возраст (в годах): 1-ая группа 56±3,4, 2-ая группа 58±1, группа контроля 60±5 лет (p=0,1). Проводилось одномоментное измерение уровня ОХ и оценка качества жизни пациентов с помощью анкеты «SF-36 Health Status Survey». Данные представлялись в виде среднего (M) и стандартного отклонения (SD). Для оценки статистической значимости различий использовался однофакторный дисперсионный анализ. Вид взаимосвязи признаков оценивался с помощью критерия Спирмена (r). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез p<0,05.

Результаты. При анализе уровней ОХ (ммоль/л): 1-ая группа: 4,8±0,7; 2-ая группа 6,3±1,2 ммоль/л; 3-я группа 4,2±0,6 ммоль/л соответственно (p=0,002). Однако не было получено статистически значимой разницы между группой 1 и 3 (p=0,13). При исследовании качества жизни были получены значимые различия в шкале Body pain (баллы) в виде приступов ангинозных болей за грудиной. Так между

группой 2 и 3 47,6±4,77 и 65,25±9,4 баллов (p=0,003); Однако между группами с избыточной массы тела и контролем разницы получено не было: 61,29±12,67 и 65,25±9,4 баллов соответственно (p=0,5). Учитывая полученные данные, предпринята попытка оценить наличие связи между уровнем ОХ и выраженностью ангинозных болей (ВР). Во всех трех группах получена умеренная отрицательная корреляция; r=-0,7 (p=0,1) в группе 1; r=-0,58 в группе 2 (p=0,2) и r=-0,59 (p=0,1) в группе контроля. Однако данная связь статистически не значима.

Выводы. Пациентам, страдающим ожирением, необходимо снижение массы тела, что может привести к уменьшению уровня холестерина и уменьшению приступов загрудинных болей. Однако вопрос о целесообразности снижения массы тела пациентам с ИМТ в диапазоне 25-29,9 остается не однозначным, что требует проведения дополнительных проспективных исследований.

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Ахмедов Л.А., Пулатова Ш.Х., Тухтаев Д.А.
Бухарский государственный медицинский институт,
г. Бухара, Республика Узбекистан

Цель работы. Изучить распространенность, факторы риска (ФР), особенности течения инфаркта миокарда (ИМ), использование антигипертензивной и гиполипидемической терапии на догоспитальном и госпитальном этапах у больных молодого возраста с артериальной гипертонией.

Материал и методы. Проанализированы материалы историй болезни 82 больных АГ и острым коронарным синдромом (ОКС) в возрасте 30-45 лет (средний возраст 41,2±3,8 года), находившихся на лечении в отделении кардиореанимации Бухарского филиала РНЦЭМП с 2017 по 2019 гг. Полученные данные обработаны методом корреляционного анализа по Пирсону и методом бинарной логистической регрессии.

Результаты исследования. Среди всех госпитализированных больных пациенты с АГ и ОКС молодого возраста составили в 2017 г. 1,14%, в 2018 г. – 1,8%, в 2019 г. – 0,97%. Мужского пола было – 63 (76,8%), женского пола – 19 (23,2%) больных. В основном встречалась АГ II степени (32%) и III степени (36%). Большинство больных (48%) поступили в первые 6 ч с момента развития болевого синдрома. Из ФР преобладали курение (90%), гиперхолестеринемия – ГХС (70%) и отягощенная наследственность

(50%). Метаболический синдром наблюдался у 30% больных. Средний уровень холестерина (ХС) при поступлении составил 6,17±1,38 ммоль/л.

У 84% больных выявлен ангинозный вариант ИМ. По форме ЭКГ чаще других выявляли – ИМ с зубцом Q (68%). До развития ИМ 86% пациентов не принимали антигипертензивные препараты. Статины до госпитализации и в острый период ИМ получали только 12% больных.

Выводы. Инфаркт миокарда у больных молодого возраста с артериальной гипертонией протекает по классическому ангинозному варианту, при этом преобладает – инфаркт с зубцом Q. Этому способствуют многочисленные факторы риска, отсутствие лечения артериальной гипертонии (86%), низкая частота приема статинов (12%).

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

Ахмедова Н.А., Алиева К.К., Абдурахмонов А.А.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучить влияние особенностей течения анкилозирующего спондилита (АС), социально-демографических факторов и проводимой терапии на качество жизни (КЖ) больных.

Материал и методы. Было обследовано КЖ (по данным опросника SF-36) у 90 взрослых пациентов с АС в возрасте 34-48 лет КЖ (по данным опросника SF-36) у. Контрольную группу составили 45 практически здоровых добровольцев (32 мужчины и 13 женщин); обе группы были сопоставимы по полу и возрасту. В течение 6 месяцев до включения в исследование 30 пациентов с АС получали только нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), 27 – НПВП+сульфасалазин (СУЛЬФ), 15 – НПВП+инфликсимаб (ИНФ); 18 (20%) пациентов систематически не лечились и были исключены из исследования.

Результаты и обсуждения. У больных с АС по сравнению с контрольной группой снижены физические и психологические показатели КЖ (p<0,001). КЖ больных АС ухудшается по мере нарастания воспалительной активности заболевания, функциональных ограничений, суставных проявлений и энтезитов. Коксит, выявленный у 76,7% пациентов, оказывает неблагоприятный эффект на

шкалу ролевого физического функционирования. Показатели КЖ были выше у пациентов, принимающих ИНФ в комбинации с НПВП. При оценке влияния проводимой медикаментозной терапии на КЖ у пациентов, принимающих СУЛЬФ, в сравнении с контрольной группой, отмечены статистически значимо худшие показатели по всем шкалам опросника SF-36 ($p < 0,001$). У пациентов, которые принимали только НПВП, показатели КЖ также были хуже, чем в контрольной группе ($p < 0,001$). У больных, получающих ИНФ+НПВП, ряд параметров КЖ по данным опросника SF-36 оказался сопоставим с соответствующими показателями КЖ в группе практически здоровых людей.

Выводы. Пациенты с АС имеют значительно более низкие физические и психологические показатели КЖ, чем здоровые люди. Ухудшение КЖ отмечается по мере нарастания воспалительной активности АС и функциональных ограничений. Влияния социально-демографических факторов на КЖ пациентов с АС не выявлено. Терапия ИНФ в сочетании с НПВП обеспечивало более высокое КЖ больных АС, чем другие виды лечения.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ СПОНДИЛОАРТРИТА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ахмедова Н.А., Джураева Э.Р., Алиева К.К.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Введение. На сегодняшний день в ревматологии одновременно применяется большое число классификационных критериев спондилоартрита (СпА). Это создает ряд проблем: частое использование в реальной клинической практике классификационных критериев для установления диагноза; возможность констатации разных нозологических форм СпА у одного пациента при одной и той же клинической картине.

Цель исследования. Изучение особенностей диагностики СпА и применения классификационных критериев в клинической практике.

Материалы и методы. Были обследованы 119 больных с установленным диагнозом анкилозирующего спондилита (АС), псориатического артрита (ПсА), недифференцированного аксиального или периферического спондилоартрита (СпА). У пациентов определяли соответствие клинической картины модифицированным Нью-Йоркским критериям, критериям Европейской группы по изучению СпА (European Spondyloarthropathy Study Group – ESSG),

критериям Amor, критериям ASAS (Assessment of Spondyloarthritis International Society) для аксиального и периферического СпА, соответствие Российской версии модифицированных Нью-Йоркских критериев критериям CASPAR (Classification criteria for Psoriatic Arthritis) для ПсА.

Результаты и обсуждение. 63 больных наблюдались лечащими врачами с диагнозом АС (M45), 44 – ПсА (M07.0–07.3), 8 – недифференцированного СпА (M46.9), 4 – аксиального нерентгенологического СпА (M46.8). АС был диагностирован лечащими врачами у 10 больных, не соответствующих модифицированным Нью-Йоркским критериям, но подходящих под критерии ASAS для аксиального СпА. 21 больной с диагнозом ПсА соответствовал одновременно и критериям CASPAR, и модифицированным Нью-Йоркским критериям, что позволяло установить в этих случаях диагноз АС. Критериям Amor удовлетворял 81 (68,0%) из 119 больных, критериям ESSG – 98 (82,3%) пациентов, критериям ASAS для аксиального СпА – 91 (76,5%), критериям ASAS для периферического СпА – 18 (15,1%), модифицированным Нью-Йоркским критериям – 76 (63,8%), критериям CASPAR – 42 (32,3%). «Пересечения» критериев не наблюдалось только у 5 пациентов, ≥ 2 критериям соответствовали 113 (94,9%) больных, ≥ 3 критериям – 96 (80,7%), ≥ 4 критериям – 81 (68,1%), ≥ 5 критериям – 66 (55,5%), 6 критериям – 18 (15,1%).

Выводы. Большинство больных со СпА соответствуют ≥ 2 классификационным критериям, что часто дает возможность у одного и того же пациента констатировать наличие ≥ 2 нозологических форм. Это указывает на необходимость разработки диагностических критериев, позволяющих четко разграничить различные формы СпА в условиях клинической практики.

ОСОБЕННОСТИ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ СОЧЕТАНИИ ОСТЕОАРТРОЗА И ОСТЕОПОРОЗА

Ахмедова Н.А., Хужаев Р.Б., Алиева К.К.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Введение. Остеоартроз (ОА) и осложнения остеопороза (ОП) приводят к значительной функциональной недостаточности опорно-двигательного аппарата, а их сочетание усиливает это состояние. В связи с этим в последнее время отмечается интерес к изучению коморбидности ОА и ОП.

Цель. Выявить особенности поражения суставов у женщин с сочетанием остеоартроза и остеопороза.

Материалы и методы. Обследовано 46 пациенток с сочетанием остеоартроза и остеопороза в возрасте 62,5±3,8 лет и 60 пациенток с ОА, средний возраст которых составил 61,5±2,6 лет. Исследуемым пациенткам было проведено клиническое, рентгенологическое исследование, денситометрия.

Результаты и обсуждение. Нами выявлено, что у женщин с коморбидностью ОА и ОП достоверно чаще встречается сочетанное поражение коленных и тазобедренных суставов (в 34,1% и 1,6% случаев соответственно, $p \leq 0,001$), а также сочетанное поражение коленных суставов и мелких суставов кистей (23,5% и 17,2%, $p \leq 0,005$). В тоже время, у пациентов с ОА достоверно чаще встречается изолированное поражение коленных суставов (в 30,3% и 5,9% случаев соответственно, $p \leq 0,01$) и поражение коленных суставов в сочетании с I плюсне-фаланговым суставом (26,2% и 7,1%, $p \leq 0,05$). В группе с коморбидностью ОА и ОП достоверно чаще регистрировалась III рентгенологическая стадия.

Выводы. У женщин с коморбидностью ОА и ОП чаще встречается сочетанное поражение коленных и тазобедренных суставов, коленных суставов и мелких суставов кистей, а у женщин с ОА – изолированное поражение коленных суставов.

ГРАНУЛЕМАТОЗ С ПОЛИАНГИИТОМ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Базаева Е.В.

Балтийский федеральный университет
имени И. Канта,
г. Калининград

Цель исследования. Описать клинический случай первичной постановки диагноза «гранулематоз с полиангиитом (ГПА)».

Материалы и методы. Пациент К. 34 г., поступил в отделение ревматологии Областной клинической больницы Калининградской области для верификации диагноза «гранулематоз с полиангиитом». Амбулаторно пациенту проведен ряд исследований: общий анализ крови, рентгенография пазух носа, УЗИ органов брюшной полости, МСКТ органов грудной клетки. На госпитальном этапе выполнены общеклинические исследования, анализ крови на онкомаркеры, аспергиллез, посев мокроты, ФБС, ЭХОКГ, МСКТ органов грудной клетки, УЗИ плевральных полостей, ангиография легочных артерий, коронарография.

Результаты и обсуждение. Больным себя считает с декабря 2019 г. когда стал беспокоить постоянный насморк с серозно-кровянистыми выделениями, повышение t тела до 37 С. Лечился амбулаторно у отоларинголога с диагнозом: «Искривление носовой перегородки, гипертрофия носовых раковин, двусторонний средний отит», получал антибактериальную, посиндромную терапию. 16.01.20. стали беспокоить боли в грудной клетке, одышка, кашель с кровянистой мокротой. На МСКТ ОГК – разнокалиберные сливные пневмониеподобные участки консолидации с периваскулярными узелками; лимфаденопатия средостения. В связи с подозрением на грибковое и лимфопролиферативное заболевание легких был госпитализирован в терапевтическое отделение ГБУЗ КО ГБ №3 17.01.20. При обследовании указанные заболевания не подтвердились. Обнаружены изменения в общем анализе мочи (лейкоцитурия, эритроцитурия, протеинурия), в общем анализе крови (лейкоцитоз, анемия). В ГБ №3 получал антибиотики, флуконазол, посиндромную терапию – без эффекта. Рентгенологически – отрицательная динамика. 11.02.20. был переведен в отделение пульмонологии Областной клинической больницы КО для дообследования. Осмотрен ревматологом 18.02., в соответствии с классификационными критериями гранулематоза Вегенера (ACR,1990) диагностирован АНЦА-ассоциированный васкулит (ГПА), переведен в отделение ревматологии. Назначены циклофосфамид, преднизолон.

18.02.20. был переведен в БРИТ неотложной кардиологии с подозрением на ТЭЛА. При обследовании диагностирован инфаркт миокарда передневерхушечной области. Получал лечение согласно действующим стандартам. 29.02.20. у больного зафиксирован пароксизм фибрилляции предсердий с развитием аритмогенного шока, после неуспешной попытки восстановления синусового ритма методом ЭИТ получал медикаментозную терапию. 01.03.20 у больного диагностирован инфаркт миокарда нижней стенки ЛЖ. С учетом данных коронарографии было невозможно провести реканализацию (диффузный тромбоз концевых сегментов множества артерий), поэтому проводилось ТЛТ по «жизненным показаниям» с переводом на микроструйную инфузию гепарина, с положительным эффектом.

Текущий диагноз: «АНЦА-ассоциированный васкулит, высокая активность, с поражением почек, сердца. Осл.: Инфаркт миокарда 2 типа от 18.02.20. Повторный инфаркт миокарда 29.02.20. КАГ от 01.03.20. ТЛТ от 01.03.20. Пароксизмальная форма ФП. СНА2DS2 VASc 3 б, HAS-BLED 3 б. Анемия средней степени тяжести смешанного генеза». В настоящее время пациент продолжает терапию, клинически его состояние улучшилось.

Выводы. Данное клиническое наблюдение демонстрирует трудности дифференциальной диагностики гранулематоза с полиангиитом на ранних этапах, что связано и с низкой настороженностью врачей в отношении системных васкулитов. Несвоевременное начало патогенетической терапии приводит к полиорганному поражению. В связи с этим важным является полное клиническое обследование и просвещение врачей всех специальностей.

НОВЫЙ ПОЛУКОЛИЧЕСТВЕННЫЙ ЭКСПРЕСС-ТЕСТА НА ПРОКАЛЬЦИТОНИН В ДИАГНОСТИКЕ ОБШИРНОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Байрамова С.С.¹, Цыганкова О.В.^{1,2},
Николаев К.Ю.¹

¹Институт цитологии и генетики
Сибирского отделения Российской академии наук,

²Новосибирский государственный
медицинский университет,
г. Новосибирск

Цель. Изучение возможностей нового полуколичественного экспресс-теста на прокальцитонин в диагностике обширной внебольничной пневмонии.

Материалы и методы. Изучена серия случаев с участием 123 пациентов, госпитализированных в стационар по поводу внебольничной пневмонии (ВП) и не получавших антибактериальную терапию на амбулаторном этапе. В исследование включены пациенты мужского и женского полов старше 18 лет. Средний возраст пациентов составил $49,7 \pm 21,0$ (M \pm SD). В первые сутки госпитализации всем участникам проводилось физикальное, лабораторное, общеклиническое, рентгенологическое обследование, определен уровень количественного прокальцитонина (ПКТ) плазмы. Наряду с этим, в первые сутки госпитализации при помощи иммунохроматографического экспресс-теста на ПКТ (ПКТ-ЭТ) определено значение полуколичественного ПКТ плазмы («ПрокальцитонинТест» НПО «БиоТест», Россия). Интерпретация экспресс-теста осуществлялась по степени окрашивания тестовой полосы от 0 до 10 нг/мл. Значения менее 0,5 нг/мл принимались отрицательными, диапазон 0,5-2 нг/мл – «серая зона», более 2 нг/мл – высокое значение. Связи между количественными переменными оценивались с помощью корреляционного анализа с использованием критерия Спирмена. При сопоставлении качественных признаков использовался критерий χ^2 . Во всех процедурах статистического анализа критический

уровень значимости нулевой статистической гипотезы (p) принимался равным 0,05.

Результаты. Выявлено, что высокие показатели ПКТ – ЭТ ≥ 2 нг/мл коррелировали с обширной ВП ($r=0,195$; $p=0,030$), ВП осложненной гидротораксом ($r=0,197$; $p=0,029$), а также с летальным исходом ($p=0,001$) при данном заболевании. Наряду с этим высокое значение ПКТ – ЭТ ≥ 2 нг/мл ассоциировалось с другими показателями отображающими тяжесть пневмонии, а именно с дыхательной недостаточностью ($r=0,315$; $p=0,001$), частотой дыхательных движений ($r=0,299$; $p=0,001$), сатурацией крови кислородом ($r=-0,453$; $p=0,001$) частотой сердечных сокращений ($r=0,429$; $p=0,001$).

Выводы. Высокий уровень ПКТ – ЭТ (≥ 2 нг/мл) прямо ассоциирован с лабораторно-инструментальными показателями, отображающими тяжесть внебольничной пневмонии. Наряду с этим, высокий уровень ПКТ – ЭТ (≥ 2 нг/мл) прямо ассоциирован с обширной ВП и наличием гидроторакса при данном заболевании. В этой связи ПКТ – ЭТ может явиться новым показателем в оценке тяжести ВП.

ПРОЕКТ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ СКРИНИНГА ЗДОРОВЬЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Бакаева С.Р., Селиверстов П.В.

Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Разработать программное обеспечение для дистанционного скрининга здоровья взрослого населения.

Материалы и методы. Исследование проведено на основе разработанной нами анкеты по 5 профилям патологии: кардиология, гастроэнтерология, пульмонология, эндокринология, онкология (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ №2020611264). В исследовании принял участие 101 человек, из которых 74 женщины и 27 мужчин, средний возраст обследуемых – $65 \pm 5,3$ лет. Все обследуемые заполнили анкету, на основании которой программой рассчитаны соответствующие баллы, выявлен риск заболеваний по данным профилям. Для соответствующего риска по профилю программой предложен алгоритм дальнейшего обследования и даны рекомендации по ЗОЖ.

Результаты. Программа позволяет сократить время обследования больного, увеличить проходимость и распределить потоки, обеспечить дистанционное обследование, снизить риск «человеческого»

фактора при постановке диагноза, подобрать рекомендации с учетом выявленных изменений, создать научно-обоснованную систему эпидемиологического мониторинга хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития.

Выводы. Программа обеспечивает персонализированный подход и отсутствие привязки к времени и месту, экономит средства пациента и клиники, координирует работу на определенной территории, включая взаимодействие с отделениями различного профиля, другими медицинскими и немедицинскими учреждениями, формирует итоговое заключение с профилактическими мероприятиями, позволяющими осуществлять дифференцированные оздоровительные мероприятия, соответствующие профилю риска конкретного человека.

Исследование проводится при поддержке Фонда содействия инновациям по договору №66ГУЦЭС8-Д3/56432 от 21.12.2019 г.

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА КОМОРБИДНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ)

Баранова М.М., Муравьева Н.В.,
Белов Б.С., Коротаева Т.В.

Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Изучение частоты и структуры коморбидных инфекций (КИ) у стационарного контингента больных спондилоартритами (СпА), госпитализированных в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, в ходе одномоментного ретроспективного исследования.

Материалы и методы. В исследование включено 70 больных СпА (39 мужчин, 31 женщина, средний возраст 38,3 года), из которых у 39 диагностирован анкилозирующий спондилит, у 26 – спондилит в рамках псориатического артрита, у 1 – спондилоартрит, ассоциированный с болезнью Крона, у 4 – недифференцированный спондилоартрит. Все пациенты опрошены врачом-исследователем с заполнением унифицированной анкеты. При необходимости дополнительную информацию получали из медицинской документации.

Результаты. У больных СпА, не получавших иммуносупрессивную терапию, были диагностированы следующие КИ: ОРВИ (n=52), герпес-вирусные инфекции (n=29), тонзиллит (n=20), кандидоз кожи и слизистых (n=12), острый бронхит (n=11), гаймо-

рит (n=9), пневмония (n=7). 27% пациентов сообщили о более частом развитии КИ после дебюта СпА. У больных СпА, получающих иммуносупрессивные препараты (глюкокортикоиды, метотрексат, ингибиторы фактора некроза опухоли-альфа), отмечено увеличение частоты герпес-вирусных инфекций, ОРВИ, пневмоний, кандидоза кожи и слизистых. Кроме того, на фоне лечения инфликсимабом был диагностирован туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, на фоне комбинированной терапии метотрексатом и дексаметазоном – фурункулез (по одному пациенту). Временная отмена терапии в связи с развитием КИ имела место у 36% больных. Обострение СпА после перенесенной КИ диагностировано у 32 больных (6 из них ранее не принимали иммуносупрессивные препараты). На фоне СпА у 40% пациентов отмечено более тяжелое течение КИ (5 из них ранее не получали иммуносупрессивную терапию).

Выводы. Полученные нами предварительные результаты свидетельствуют об актуальности проблемы КИ при СпА. Необходимы дальнейшие исследования на больших выборках больных с целью поиска значимых факторов риска КИ, изучения их взаимосвязи с клиническими характеристиками и влияния на течение СпА.

ЗНАЧЕНИЕ ФЕКАЛЬНОГО КАЛЬПРОТЕКТИНА В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Барган В.К., Сказыбаева Е.В., Скалинская М.И.,
Эйхельберг Н.В., Формозова М.А.

Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель. Целью работы было изучить динамические изменения концентраций фекального кальпротектина у пациентов с ВЗК на фоне терапии заболевания в соответствии с российскими и международными рекомендациями.

Материалы и методы. В анализ включены 76 пациентов с ВЗК, с ранее установленным диагнозом ЯК или болезни Крона БК, с динамическим визитом, включившим контроль ФК через 12 недель от первичной оценки.

Результаты исследований. Среди включенных пациентов было 42,1% мужчин (n=32) и 57,9% женщин (n=44). Средний возраст анализируемых пациентов составил $40,4 \pm 14,8$ лет.

В анализ включено 40 пациентов с ЯК (52,6%) и 36 пациентов с БК (47,4%). Среди пациентов с ЯК – 20% были в ремиссии, 25% с обострением легкой степени, 45% и 10% – со среднетяжелым и тяжелым обострением, соответственно. Среди пациентов с БК – в ремиссии было 30,5% больных, 27,7% – с легкой активностью воспалительного процесса, 33,3% и 8,5% с умеренной и высокой активностью, соответственно. По распространенности воспалительного процесса, среди пациентов с ЯК – 7,5% с проктитом, 37,5% с левосторонней локализацией и 55% с тотальным поражением толстой кишки. У пациентов с БК в 13,9% случаев был терминальный илеит, 33,3% – колит, 52,7% – илеоколит.

Стероидзависимое течение ВЗК отмечено среди всей анализируемой группы в 35,5% случаев (n=27), у 30,5% пациентов с БК и у 40% с ЯК.

При анализе динамики ФК у всех пациентов с ВЗК, снижение значений к визиту 2 произошло у 57% (n=43). В целом, в группе пациентов с ВЗК на фоне терапии ФК на втором визите значимо снизился со среднего значения 572,9 до 220,3 (p=0,000005). В группе пациентов с ЯК снижение с 616,1 до 228,7 (p=0,001). В группе пациентов с БК с 525,1 до 210,9 (p=0,001).

У пациентов с ремиссией и легкой активностью ЯК и БК не отмечено статистически значимого снижения ФК ко второму визиту, что можно объяснить низкими первичными концентрациями ФК на первом визите. У пациентов со среднетяжелым течением ВЗК динамика ФК статистически значима, снижение у пациентов с ФК с 743,7 до 223,2 мкг/г (p=0,0002), с БК 430,5 до 143,5 мкг/г (p=0,003). Среди пациентов с тяжелыми ЯК и БК динамика ФК была незначима – с 705,3 до 310,8 мкг/г (p=0,4) – при ЯК и с 698 до 431,4 мкг/г (p=0,75) – при БК, что вероятно связано с тем, что оценка через 12 недель при высоком уровне воспаления является преждевременной.

Локализация воспаления как при ЯК, так и при БК не определяла значимость снижения ФК ко второму визиту. Фактор стероидзависимого течения заболевания стал для пациентов с ЯК фактором, уменьшающим вероятность динамического снижения ФК. Шансы отсутствия снижения ФК при ЯК выше в 1,8 раза (OR 1,8 95% CI 1,5-6,4; p=0,03). У пациентов с БК такой закономерности проследить не удалось.

Выводы. 1. На динамику снижения ФК не оказывают значимого влияния ни активность, ни распространенность процесса, ни наличие внекишечных проявлений у больных с ВЗК. 2. Фактор стероидзависимого течения ВЗК может быть предиктором плохого контроля над заболеванием, преимущественно это касается лиц с ЯК, что отражается на уменьшении шансов снижения ФК в динамике. Следовательно, это стоит учитывать при контроле и, вероятно, назначать дополнительные оценочные визиты с оценкой ФК у

таких больных (через 4, 5, 6 месяцев). 3. Среди пациентов с тяжелым течением ВЗК динамика ФК статистически незначима, что вероятно связано с тем, что оценка через 12 недель при высоком уровне воспаления является преждевременной.

ОСОБЕННОСТИ ВОЗРАСТНЫЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ЛИЦ МУЖСКОГО И ЖЕНСКОГО ПОЛА

Барноева С.Б., Тешаева М.К., Ходжаева М.

Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
г. Бухара, Республика Узбекистан

Введение. Инсульт является одной из ведущих причин смертности и развития стойкой инвалидизации не только среди лиц пожилого и старческого возраста, но и среди трудоспособного населения. В ряде исследований показано, что заболеваемость инсультом в группе пациентов в возрасте 55-74 лет на 60% выше среди мужчин, однако в группе пациентов старше 75 лет заболеваемость инсультом резко возрастает у женщин. Наиболее часто данный факт объясняется снижением нейропротективного влияния половых стероидных гормонов у женщин в период постменопаузы.

Цель. Определить возрастные особенности ишемического инсульта в бассейне артерий каротидной системы у лиц мужского и женского пола.

Материал и методы. Работа основана на результатах обследования 268 пациентов с диагнозом: ишемический инсульт в бассейне артерий каротидной системы. Все результаты, представленные в работе, были получены при ретроспективном анализе историй болезни данных пациентов. Разделение пациентов на возрастные группы соответствовало следующим градациям: молодой возраст – менее 44 лет, средний возраст – 45-59 лет, пожилой возраст – 60-74 года, старческий возраст – 75-89 лет.

Результаты. Среди пациентов с ишемическим инсультом в бассейне артерий каротидной системы было 148 (55,2%) мужчин и 120 (44,8%) женщин в возрасте 27-89 лет. В исследованных группах женщины были старше мужчин (65 лет против 57,9 лет; p=0,010). Сравнение возрастных групп показало значимые различия между мужчинами и женщинами (p=0,037). Большая часть пациентов, как среди мужчин (45,9%), так и среди женщин (55%), принадлежала к возрастной группе 60-74 года. Возрастную группу 45-59 лет составили 32,4% мужчин и 21,7% женщин. В группе пациентов младше 44 лет инсульт чаще встречался у мужчин (16,2% против 6,7%), а в группе 75-89 лет – у женщин

(16,7% против 5,4%). Причиной инсульта у мужчин в возрасте младше 44 лет являлась коагулопатия, не связанная с антифосфолипидным синдромом (13,5% против 3,3%; $p=0,005$). В возрастной группе 60-74 года у женщин чаще встречался кардиогенный эмболический инсульт (54,5% против 29,4%; $p=0,037$) и лакунарный инсульт (18,2% против 0%; $p=0,011$), у мужчин – атеротромботический инсульт (41,2% против 15,2%; $p=0,018$) и инсульт, обусловленный двумя и более возможными причинами (23,5% против 6,1%; $p=0,083$).

Заключение. Ишемический инсульт в артериях каротидной системы у лиц мужского пола чаще встречается в молодом и пожилом возрасте, тогда как у лиц женского пола – в пожилом и старческом возрасте. В среднем и пожилом возрасте у мужчин чаще развивается атеротромботический инсульт, у женщин – кардиогенный эмболический и лакунарный инсульт.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСОНОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Барышева О.Ю.¹, Быстровская Е.В.²,
Голубева А.М.³, Мячина Е.Н.³, Егорова К.Е.³

¹Петрозаводский государственный университет,

²Московский клинический научный центр
имени А.С. Логинова,

³Республиканская больница имени В.А. Баранова,
г. Петрозаводск

Эндосонография – это высокотехнологическое ультразвуковое исследование, сочетающее возможности эндоскопии и ультразвуковой диагностики заболеваний желудочно-кишечного тракта, поджелудочной железы, гепатобилиарной зоны. Согласно Рекомендациям Европейской федерации по ультразвуку в медицине и биологии по использованию Contrast Enhanced Ultrasound при очаговых поражениях поджелудочной железы, этот метод рекомендован для объективизации диагноза протоковой аденокарциномы (УР А,1b), дифференциальной диагностики между псевдокистами и кистозными неоплазиями (УР А,1b), дифференциации васкулярных (солидных) от не васкулярных (жидкость/некроз) компонентов кистозных образований (УР А,1b), определения размеров и границ образования, включая отношение к прилежащим сосудам (УР В,2b), оценки васкуляризации небольших (менее 1 см) солидных образований поджелудочной железы (УР В,2b).

Приводим наше наблюдение, продемонстрировавшее уникальные возможности метода эндосонографии.

Пациентка А., 23 года, студентка. В прошлом здорова.

В ноябре 2019 г. появление зуда кожи, осмотрена дерматологом – представление о нейродермите, терапия антигистаминными препаратами. Также в тот период отмечала эпизодически жидкий стул до 5 раз в сутки без патологических примесей, эпигастральную боль, однократно подъем температуры до 38°C. Проводилась симптоматическая терапия.

В декабре 2019 г. обследована в Республиканской инфекционной больнице. СОЭ 36-45 мм/ч, клинический анализ крови без отклонений от нормы, АЛТ 76 Е/л, АСТ 50 Е/л, билирубин 385 мкмоль/л, ЩФ до 742 Е/л, ГГТП 71 Е/л, уровень амилазы в норме. Анализ крови на маркеры вирусов гепатита А, В, С, ВИЧ, ЦМВ и ВЭБ отрицательный. По данным УЗИ органов брюшной полости – гепатомегалия. Диффузные изменения печени и поджелудочной железы. Увеличение желчного пузыря. По данным ФГДС – хронический гастрит, вне обострения. Получала терапию адеметионином, УДХК 250 мг/сут, лактулозой, инфузионную терапию, на фоне чего отмечено снижение уровня билирубина до 232 мкмоль/л.

По данным спиральной компьютерной томографии органов брюшной полости – диффузные изменения печени. Признаки хронического холецистита. Псевдотуморозная форма хронического панкреатита (головка 45x35 мм с неровными контурами без участков накопления контрастного вещества, тело и хвост без особенностей).

В январе 2020 г. осмотрена онкологом, рекомендована ретроградная панкреатохолангиография, в связи с чем госпитализирована в Республиканскую больницу.

При обследовании СОЭ 70 мм/ч, Нв 116 г/л, эритроциты 3,9 Т/л, СОЭ 61 мм/ч, ЩФ 470 Е/л, АЛТ 119 Е/л, АсАТ 73 Е/л, билирубин 100 мкмоль/л, амилаза 44 Е/л. Антимитохондриальные, антинуклеарные цитоплазматические антитела, антитела к гладкой мускулатуре отрицательные. Уровень IgG4 в норме.

Результаты магнитно-резонансной холангиографии: желчный пузырь обычной формы и размеров, содержит «осадок» в области тела и дна, в дне – дефекты наполнения диаметром до 3,5-4 мм (конкременты?). Долевые и видимые сегментарные внутрипеченочные желчные протоки не расширены. Пузырный проток не расширен. Холедох визуализируется на всем протяжении, не расширен, с перетяжкой на границе проксимального и среднего отделов, В проксимальном отделе диаметром до 7,3 мм, в среднем – до 6,2 мм, в дистальном до 5,3 мм.

Обращает на себя внимание увеличение размеров головки поджелудочной железы до 38,5 мм, МР-сигнал от нее недостаточно однородный. Заклю-

чение: МР-признаки холецистита. Убедительных данных за холедохолитиаз на момент осмотра не получено. Судить о характере изменений в области головки поджелудочной железы при нативном исследовании не представляется возможным: новообразование? псевдотуморозный панкреатит?

Выставлены показания к эндосонографии, по результатам которой гепатикохоледох в проксимальном отделе до 8,2 мм, в дистальном отделе до 3,5 мм. Поджелудочная железа: паренхима средней эхогенности, структура неоднородная. В проекции головки поджелудочной железы определяется солидное новообразование, четко отграниченное от окружающей паренхимы, размерами 33x38 мм, неоднородной структуры. При ЦДК регистрируются сигналы кровотока в проекции новообразования. По данным эластографии образование плотное, имеет гетерогенный рисунок. Произведена тонкоигольная пункция иглой 25G, с получением материала для цитологического и иммуноцитохимического исследования. Заключение: Солидное новообразование головки поджелудочной железы, наиболее вероятно соответствует солидной псевдопапиллярной опухоли, дифференциальный диагноз с нейроэндокринной опухолью головки поджелудочной железы.

По данным цитограммы – мономорфные клетки с умеренным ядерным полиморфизмом, хроматин «соль, перец». Заключение: цитологическая картина более всего характерна для нейроэндокринного образования, необходимо дифференцировать с солидной псевдо-папиллярной опухолью.

Таким образом, только благодаря эндосонографии было диагностированное данное заболевание поджелудочной железы, в настоящее время планируется хирургическое лечение.

АНАЛИЗ ДАННЫХ РЕГИСТРА БОЛЬНЫХ ЦЕЛИАКИЕЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ ЗА ПЕРИОД 2018-2019 ГГ.

**Басюл О.В., Шомин А.В., Кириллова А.Д.,
Орешко Л.С., Семенова Е.А.**

Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Анализ данных регистра взрослых больных целиакией на базе кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С.М. Рысса СЗГМУ им. И.И. Мечникова за период 2018-2019 гг.

Материалы и методы. На данном этапе учета пациентов за указанный период проводилось обследование 270 человек с подозрением на целиакию. Средний возраст пациентов составил $34,8 \pm 1,1$ года; распределение мужчин и женщин – 1:1,8, соответственно. Диагноз целиакия устанавливался на основании результатов серологического исследования (определение Ig A и G к тканевой трансглутаминазе), генетического (определение гаплотипа HLA A1, B1) и гистоморфологического исследования слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки + иммуногистохимия.

Результаты. Среди скринированных пациентов у 124 человек верифицирован диагноз целиакии на основании результатов комплексного обследования. На этапе обращения структура первичных диагнозов при направлении на обследования была следующая: гастродуоденит – 19,8%, заболевания кожи – 12,5%, гастрит – 12%, пищевая непереносимость – 5,2%, функциональная диспепсия – 4,8%, хроническая анемия – 4,8%, СРК – 3,9%, терминальный илеит – 3,9%, остеопороз – 3,8%, стеноз чревного ствола – 2,5%, бесплодие – 1,6%, иммунодефицит – 1,6%. Следует отметить, что у 29,2% пациентов на момент обращения был установлен диагноз целиакии.

При анализе анамнестических данных оказалось, чтоотягощенный наследственный анамнез наблюдался у 29,4% случаев; средняя длительность от манифестации заболевания до визита составила $11,7 \pm 1,2$ лет, при этом у 27,4% пациентов симптомы беспокоили с детского возраста.

Клиническое течение целиакии было типичным с диарейным синдромом у 52,3% пациентов, атипичное без гастроинтестинальных симптомов – у 40,4% пациентов и латентное течение отмечалось у 7,1% пациентов, что сопоставимо с данными литературы. Полученные данные о соотношении типичных и скрытых форм составило 7,4:1, что сопоставимо с данными литературы (Парфенов А.И. 2007, Орешко Л.С., 2010).

У обследованных выявлены следующие гастроинтестинальные жалобы: вздутие живота – 50,7%, абдоминальная боль – 40,4%, диарея – 37,5%, неустойчивый стул – 25%, боль в эпигастрии – 23,6%, запор – 23,2%, изжога – 13,9%, отрыжка – 12,6%, тошнота – 10,5%. Признаки диспепсии кишечного типа определялись в 2,5 раза чаще по сравнению с симптомами желудочной диспепсии. Внекишечные проявления выявлены у 56,4% больных. Так, 18,4% больных отмечали признаки астеновегетативного синдрома, 13,8% больных – кожные высыпания, 10,5% пациентов – сухость кожи, встречаемость выпадения волос и артралгии была одинаковой и составила 5,6%, также 3,7% человек страдали от нарушений сна.

По результатам генетического исследования в 45,7% случаев определялся гаплотип DQ2 и в 33,3% – гаплотип DQ 8, в 11,2% – гаплотип DQ 7, а у 9% пациентов HLA DQ не выявлено.

Среди сопутствующей патологии наиболее часто встречается: пролапс митрального клапана – 65,5%, гастрит – 44,8%, дуоденит – 43,3%; дисфункциональные расстройства желчевыводящих путей и желчного пузыря – 40,4%; лактазная недостаточность – 24,6%, желчнокаменная болезнь – 19,6%, а также нарушение осанки в 19,6% случаев.

Выводы. По результатам комплексного обследования в регистр были включены 124 пациента, отвечающие критериям целиакии. Регистр является организованной системой наблюдения и анализа унифицированных данных о группе пациентов, объединенных генетическим заболеванием, которая решает научные и клинические задачи практического здравоохранения.

АКТИВНОСТЬ ЭНЗИМОВ ПРООКСИДАНТНОЙ И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМ В ПЛАЗМЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Бедина С.А.¹, Мозговая Е.Э.¹, Трофименко А.С.^{1,2},
Девятаева Н.М.¹, Мамус М.А.¹,
Спицина С.С.^{1,2}, Тихомирова Е.А.¹

¹Научно-исследовательский институт
клинической и экспериментальной ревматологии
имени А.Б. Зборовского,

²Волгоградский государственный
медицинский университет,
г. Волгоград

Цель исследования. Описать профиль активности ксантиноксидазы (КО), ксантиндегидрогеназы (КДГ) и супероксиддисмутазы (СОД) в плазме крови больных системной склеродермией (ССД) в зависимости от клинических особенностей.

Материал и методы. Исследование включало 51 больного ССД: 47 (92,2%) женщин и 4 (7,8%) мужчин; средний возраст – 41,6±1,4 года; средняя продолжительность заболевания – 7,8±0,8 лет. Диагноз устанавливался на основе критериев, рекомендованных ACR/EULAR 2013. Степень активности определялась по классификации, предложенной Н.Г. Гусевой. I степень активности установлена у 19 (37%), II – у 26 (51%) и III – у 6 (12%) больных. Хроническое течение болезни диагностировано у 25 (49%); подострое – у 22

(43,1%); острое – у 4 (7,9%) больных. Контрольная группа состояла из 30 практически здоровых людей. Статистически значимые различия между основной и контрольной группами по демографическим признакам выявлены не были. Активность ксантиноксидазы (КО; Е.С. 1.17.3.2), ксантиндегидрогеназы (КДГ; Е.С. 1.17.1.4) и супероксиддисмутазы (СОД; Е.С. 1.15.1.1) определяли спектрофотометрическим методом в плазме крови по ранее опубликованным методикам и выражали в нмоль/мин/мл для КО и КДГ и в ЕД для СОД. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного пакета Statistica 6.0. Внутри- и межгрупповые различия оценивали с помощью критерия Манна-Уитни. Для описания взаимосвязи признаков применяли коэффициент ранговой корреляции по Спирмену (ρ). Достоверными различия считались при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Референтные пределы активности ферментов ($M \pm 2\sigma$) составили: КО – 2,31-4,55 нмоль/мин/мл.; КДГ – 3,77-6,61 нмоль/мин/мл.; СОД – 3,34-7,46 ЕД. У больных ССД с минимальной активностью и в группе больных с хроническим течением заболевания выявлены достоверные различия с референтной группой только для активности КДГ и СОД ($p < 0,001$), а при II-III активности воспалительного процесса и у больных с острым и подострым течением разница была достоверной для активности всех ферментов ($p < 0,001$). Увеличение степени активности склеродермического процесса сопровождается снижением активности СОД на фоне роста активности КО и КДГ. В группе больных с подострым и острым течением ССД в отличие от пациентов с хроническим вариантом течения заболевания отмечены более высокие показатели активности КО, КДГ и СОД. Нами изучена зависимость энзимных показателей от активности заболевания и характера течения ССД. В зависимости от активности склеродермического процесса обнаружена сильная корреляция для активности КДГ ($\rho = 0,74$; $p < 0,001$) и корреляция умеренной силы для КО ($\rho = 0,5$; $p < 0,001$). По сравнению с течением сильная корреляция отмечена для активности КО ($\rho = 0,80$; $p < 0,001$). В отношении активности КДГ ($\rho = 0,66$; $p < 0,001$) и СОД ($\rho = 0,42$; $p = 0,002$) имела место взаимосвязь умеренной силы.

Выводы. Проведенные нами исследования выявили зависимость изученных энзимных показателей от клинических особенностей заболевания. Для ССД характерен рост напряженности оксидантных и антиоксидантных процессов, достигающий максимума при II-III степени активности и подостром-остром течении ССД.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН ПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА

Бейлина Н.И.

Казанская государственная медицинская академия,
г. Казань

Цель. Выявить распространенность онкологических заболеваний, ГБ, депрессии, когнитивных нарушений и факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у женщин старше 60 лет.

Материалы и методы. Три группы женщин: 1 группа – пожилой возраст – 23 человека, средний возраст 71 ± 0.66 год; 2 группа – старческий возраст – 60 человек, средний возраст 81.73 ± 0.46 год; 3 группа – долгожители – 5 человек, средний возраст 91.8 ± 0.96 год. Проведены: сбор анамнеза, осмотр, измерение артериального давления (АД), подсчет индекса массы тела (ИМТ) по Кетле; определение уровня глюкозы, холестерина, гемоглобина в крови, тестирование по шкале оценки психического статуса (MMSE в баллах), гериатрической шкале депрессии (в баллах).

Результаты. Среди пациентов 1 группы имели инвалидность II ст. – 5 человек (21.7%), III ст. – 4 человека (17.4%), страдали онкологическим заболеванием 4 человека (17.4%). ГБ выявлена у 18 человек (78.3%), в т.ч. в сочетании с другими ССЗ – 16 человек (69.6%), сахарным диабетом (СД) – 1 человек (4.3%), анемией – 9 человек (39.1%). Клинические проявления хронической сердечной недостаточности (ХСН) отмечены у 9 человек (39.1%). Избыток массы тела определен у 11 человек (47.8%), ожирение I ст. у 6 человек (26.1%), ожирение II ст. и дефицит массы – по 1 человеку (по 4.3%). Повышение холестерина было у 15 человек (65.2%), повышение глюкозы – у 4 человек (17.4%), снижение гемоглобина – у 6 человек (26.1%). Среди пациенток 1 группы вероятная депрессия выявлялась у 10 человек (43.5%); преддементные когнитивные нарушения – у 8 человек (34.8%), деменция легкой степени – у 3 человек (13.1%), деменция умеренной степени – у 4 человек (17.4%), тяжелая деменция – у 1 человека (4.3%). Среди пациентов 2 группы имели инвалидность I ст. 3 человека (5%), II ст. – 16 человек (26.7%), III ст. – 2 человека (3.3%), онкологические заболевания – 4 человека (6.7%). ГБ выявлена у 54 человек (90%), в т.ч. в сочетании с другими ССЗ – 43 человек (71.7%), СД – 13 человек (21.7%), анемией – 9 человек (15%). Клинические проявления хронической сердечной недостаточности (ХСН) отмечены у 19 человек (31.7%). Избыток массы тела определен у 20 человек (33.3%), ожирение I ст. – у 15 человек (25%), ожирение II ст. – у 1 человека (1.7%), дефицит массы – у 2 человек (3.3%). Повышение холе-

стерина было у 19 человек (31.7%), повышение глюкозы – у 13 человек (21.7%), снижение гемоглобина – у 11 человек (18.3%). Среди пациентов вероятная депрессия выявлялась у 40 человек (66.7%); преддементные когнитивные нарушения – у 20 человек (33.3%), деменция легкой степени – у 12 человек (20%), деменция умеренной степени – у 14 человек (23.3%), тяжелая деменция – у 2 человек (3.3%). Все пациентки 3 группы имели инвалидность (II ст. – 4 человека (80%), III ст. – 1 человек (20%), онкологических заболеваний не было. ГБ регистрировалась в 100% случаев (5 человек), сочеталась с другими ССЗ в 100%, анемией – у 3 человек (60%). Клинические проявления хронической сердечной недостаточности (ХСН) отмечены у 4 человек (80%). Пациентки получали в среднем 5.06 ± 0.97 препаратов в сутки. Имеются факторы риска ССЗ: ожирение III ст. – у 1 человека (20%), повышение холестерина – у 3 человек (60%), повышение глюкозы – у 1 человека (20%), снижение гемоглобина – у 5 человек (100%). Среди пациентов вероятная депрессия выявлялась у 3 человек (60%); деменция умеренной степени – у 4 человек (80%), тяжелая деменция – у 1 человека (20%). Сравнение по распространенности онкологических заболеваний, ГБ, когнитивных нарушений, депрессии в группах не выявило статистически значимых различий ($p > 0.05$). Долгожительницам чаще, чем пожилым и женщинам старческого возраста оформляется инвалидность ($p < 0.05$).

Выводы. Инвалидность имеют 39.1% пожилых, 35% пациенток старческого возраста и 100% долгожительниц. Онкологические заболевания – у 17.4% пожилых; 6.7% – в старческом возрасте. ГБ среди пожилых – в 78.3%, в старческом возрасте – 90%, у долгожителей – в 100% случаев. Клинические проявления ХСН отмечены соответственно у 39.1%; 31.7%; 80% пациенток. Имеются факторы риска ССЗ. Широко распространены депрессия (43.5%; 66.7%; 60%) и когнитивные нарушения.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА ИХ РАЗВИТИЯ У ПОЖИЛЫХ И ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ

Бейлина Н.И.

Казанская государственная медицинская академия,
г. Казань

Цель. Выявить распространенность гипертонической болезни (ГБ), депрессии, когнитивных нарушений и факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у пациентов старше 60 лет.

Материалы и методы. В исследовании участвовали четыре группы: 1 группа – женщины пожилого возраста – 23 человека, средний возраст 71 ± 0.66 год; 2 группа – мужчины пожилого возраста – 10 человек, средний возраст 69.9 ± 1.21 год; 3 группа – женщины-долгожители – 5 человек, средний возраст 91.8 ± 0.96 год; 4 группа – мужчины-долгожители – 4 человека, средний возраст 93.75 ± 0.55 года). Проведены: сбор анамнеза, осмотр, измерение артериального давления (АД), подсчет индекса массы тела (ИМТ) по Кетле, определение уровня глюкозы, холестерина, гемоглобина в крови, тестирование по краткой шкале оценки психического статуса (MMSE в баллах), гериатрической шкале депрессии (в баллах).

Результаты. ГБ выявлена у 18 человек (78.3%) из 1 группы, в т.ч. в сочетании с другими ССЗ – 16 человек (69.6%), сахарным диабетом (СД) – 1 человек (4.3%), анемией – 9 человек (39.1%). Клиника хронической сердечной недостаточности (ХСН) отмечена у 9 человек (39.1%). Избыток массы тела определен у 11 человек (47.8%), ожирение I ст. у 6 человек (26.1%), ожирение II ст. и дефицит массы – по 1 человеку (по 4.3%). Повышение холестерина было у 15 человек (65.2%), повышение глюкозы – у 4 человек (17.4%), снижение гемоглобина – у 6 человек (26.1%). Среди пациенток 1 группы вероятная депрессия выявлялась у 10 человек (43.5%); преддементные когнитивные нарушения – у 8 человек (34.8%), деменция легкой степени – у 3 человек (13.1%), деменция умеренной степени – у 4 человек (17.4%), тяжелая деменция – у 1 человека (4.3%).

Среди пациентов 2 группы ГБ выявлена у всех (100%), в т.ч. в сочетании с другими ССЗ – 8 человек (80%), сахарным диабетом (СД) – 3 человека (30%). Клинические проявления ХСН отмечены у 4 человек (40%). Выявлены: избыток массы тела определен у 1 человека (10%), ожирение I ст. у 4 человек (40%), повышение холестерина было у 4 человек (40%), повышение глюкозы – у 4 человек (40%). Среди пациентов вероятная депрессия выявлялась у 3 человек (30%); преддементные когнитивные нарушения – у 4 человек (40%), деменция умеренной степени – у 2 человек (20%).

В 3 группе ГБ регистрировалась в 100% случаев (5 человек), сочеталась с другими ССЗ в 100%, анемией – у 3 человек (60%). Клинические проявления ХСН отмечены у 4 человек (80%). Имеются: ожирение III ст. – у 1 человека (20%), повышение холестерина – у 3 человек (60%), повышение глюкозы – у 1 человека (20%), снижение гемоглобина – у 5 человек (100%). Среди пациентов 3 группы вероятная депрессия выявлялась у 3 человек (60%); деменция умеренной степени – у 4 человек (80%), тяжелая деменция – у 1 человека (20%).

В 4 группе распространенность ГБ 100% – случаев (4 человек), ГБ сочеталась с другими ССЗ в 100%, анемией – у 1 человек (25%). Клинические проявления ХСН отмечены у 2 человек из 4 группы (50%). Выявлены: избыток массы – у 2 человек (50%), повышение холестерина – у 3 человек (75%), повышение глюкозы – у 1 человека (25%), снижение гемоглобина – у 1 человека (25%). Среди пациентов 4 группы вероятная депрессия выявлялась у 4 человек (100%); преддементные когнитивные нарушения – у 2 человек (50%) деменция умеренной степени – у 2 человек (50%).

Сравнение по распространенности ГБ, когнитивных нарушений, депрессии в группах мужчин и женщин соответствующего возраста не выявило статистически значимых различий ($p > 0.05$).

Выводы. ГБ среди пожилых выявлена у 78.3% женщин и 100% мужчин, у долгожителей – в 100% случаев. Клинические проявления ХСН отмечены среди пожилых у 39.1% женщин и 40% мужчин; среди долгожителей 80% пациенток и 50% пациентов. Широко распространены депрессия (как среди женщин – 43.5%; 60%, так и среди мужчин – 30% и 100%) и когнитивные нарушения разной степени выраженности.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ

Бердовская А.Н., Короткая В.В., Савицкая О.Е.

Гродненский государственный
медицинский университет,
г. Гродно, Республика Беларусь

Цель. Изучить особенности течения железодефицитной анемии у детей Гродненской области.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 96 историй болезни пациентов Гродненской области, проходивших лечение в Гродненской областной детской клинической больнице.

Результаты. Среди обследованных пациентов мальчики составили 37,5%, девочки – 62,5%. Средний возраст обследуемых детей – $6 \pm 5,2$ года. В 17,7% случаев анемия являлась основным диагнозом, в 82,3% – сопутствующим. Анемия легкой степени диагностирована у 62 (64,6%), средней – у 21 (21,9%), тяжелой – у 13 (13,5%) пациентов. 84,4% детей были городскими жителями. 88,5% детей воспитывались в полных семьях, родители которых чаще имели среднее образование (женщины – 28,4%, мужчины – 48,7%).

В 62,5% случаев беременность протекала без осложнений. У 30 (31,25%) женщин отмечался отягощенный акушерский анамнез. В 2,1% отмечены кровопотери в родах. У 5 беременных была выявлена анемия различной степени. 5,2% детей родились недоношенными. Вес при рождении составил 3317 ± 254 грамм (минимальный – 1300 грамм). Грудное вскармливание получили 73 ребенка (76%). На искусственном вскармливании с рождения находились 20,4%, на смешанном – 2,1% детей. 1 ребенок с рождения получал цельное коровье молоко.

Анемический синдром проявлялся в виде утомляемости (11,5%), бледности кожных покровов (10,4%), снижения аппетита (5,2%), головных болей (6,25%), головокружения (9,4%), сонливости (1,04%), вялости (12,5%), потемнения в глазах (1,04%), одышки (1,04%), потери сознания (2,1%). Геморрагический синдром отмечался в виде кровоточивости полости (2,1%), носовых кровотечений (6,25%), обильных менструации (1,04%).

Анемия сочеталась с патологией следующих систем: пищеварительной (17,7%), дыхательной 28 детей (29,2%), мочевого (24%), сердечно-сосудистой (17,7%), нервной (9,4%). В 15,6% случаев отмечалась аллергия. Анемия в общем анализе крови сочеталась с лейкоцитозом (11,5%), лейкопенией (1%), ускорением СОЭ (26%). 67,7% пациентов получили ферротерапию. Преимущественно (41,7%) использовались препараты полимальтозного комплекса. У 100% детей наблюдалась положительная динамика.

Выводы. В условиях стационара в 82,3% случаев анемия являлась сопутствующим диагнозом, проявлялась анемическим синдромом и сочеталась с патологией других органов и систем.

ВЛИЯНИЕ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ В ТЕРАПИИ НА ФУНКЦИЮ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ

Берулава К.Р., Герасимов Г.А., Максименко А.А.,
Поцхор-Оглы С.Л., Левина Е.М.
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить взаимосвязь показателей состояния сосудистой стенки с основными клинико-лабораторными параметрами пациентов терапевтического профиля, находящихся в критических состояниях.

Материалы и методы. Под состоянием артериальной стенки подразумевается ее жесткость, доминирование определенного типа пульсовой волны

и функция эндотелия, обуславливающая способность к дилатации и зависящая от соотношения вазоконстрикторных и вазодилататорных цитокинов, которая согласно нашей гипотезе, должна реагировать на цитокины многих критических состояний. На многие критические состояния под влиянием гипоксии, элементов системного воспалительного и противовоспалительного ответов, нарушения реалогии крови.

В исследование вошли 57 пациентов с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности, дыхательной недостаточности и пневмонией тяжелого течения в возрасте от 25 до 95 лет без инотропной поддержки, тяжелой анемии и тромбоцитопении.

Состояние сосудистой стенки определялось с помощью портативного аппарата Ангиоскан ОП, основанного на фотоплетизмографии периферической пульсовой волны. Жесткость сосуда рассчитывалась как отношение разности между 2 и 1 пиком волны и пульсового давления. Тип пульсовой волны является интегральным показателем насосной функции сердца, эластических свойств сосудов крупного, среднего и мелкого калибра. Функция эндотелия определялась по разности жесткости до и после вазоокклюзионной пробы, создаваемой повышением давления в манжете на плече в течение 3х минут с превышением исходного давления на 30 мм рт. ст., т.е. созданию искусственной ишемии, в норме стимулирующей повышение выработки оксида азота и дилатации дистальных сосудов. Оценивались: насыщение гемоглобина кислородом, частота дыхания, уровни лейкоцитоза – показателя выраженности воспаления, протромбинового индекса – показателя белково-синтетической функции, креатинина – показателя азотовыделительной функции, индекс стресса – показатель. Анализ поведился при помощи программы Statistica 2007 Microsoft office Excel 5.5. информационный цифровой массив был преобразован в несколько корреляционных баз из двух изучаемых показателей. Использовались двухвыборочный t-тест, критерий достоверности различий p, стандартная ошибка, среднее.

Результат. 1. Жесткость артерий, функции эндотелия, доминирующий тип волны А, SpO2 достоверно взаимосвязаны с остальными клинико-лабораторными и инструментальными показателями у больных с неотложными состояниями в терапии. 2. Все показатели состояния сосудистой стенки достоверно тесно взаимосвязаны между собой;

Выводы. 1) Критические состояния в терапии значимо отражаются на состоянии сосудистой стенки и на показателе адаптации-индексе стресса. 2) Целесообразно расширения исследования с целью стандартизации показателей состояния сосудистой стенки и введении их в комплексную оценку состояния тяжелых больных.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: КРИПТОКОККОВЫЙ МЕНИНГОЭНФЕЦАЛИТ У ПАЦИЕНТА С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Бизяева Д.М., Тишкина М.Д.

Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель. Рассмотреть клинический случай впервые выявленной ВИЧ-инфекции у трудоспособного работающего мужчины 44-х лет, проявившаяся в стадии 4В в виде вторичных заболеваний. Зачастую диагноз ВИЧ-инфекция выявляют у пациента при развитии оппортунистических инфекций, таких как криптококкоз, и при наличии жизнеугрожающих осложнений.

Материалы и методы. Пациент М., 44-х лет, считал себя больным с конца ноября 2019 г., когда впервые отметил повышение температуры от 37,2°C днем до 38,0° в ночное время, слабость, озноб, ломоту в суставах и сыпь на теле. За последнее время пациент похудел на 8-10 кг, что связывал с отсутствием аппетита. Самостоятельно принимал антибактериальные средства, название которых не помнит, и НПВС с положительным эффектом. 19.12.19 в связи с стабильной лихорадкой до 38,8°C и болью в тазобедренных суставах, болью вызвал СПМ и был госпитализирован в СПб ГБУЗ «КИБ им. С.П. Боткина» с предварительным диагнозом – ОРВИ, лихорадка неясного генеза. По данным эпидемиологического анамнеза: контакт с инфекционными больными и животными отрицает. За последние 6 месяцев за пределы Ленинградской области не выезжал. От гриппа привит в 2019 году по месту работы. Хронические инфекции и операции отрицает.

При объективном осмотре – состояние средней тяжести, сознание – ясное. Лимфатические узлы не увеличены. При осмотре ротоглотки – энантема в виде мелких эрозий, гипертрофия небных миндалин 1 степени. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Менингеальных симптомов нет. На волосистой части головы расчесы. Кандидоз полости рта.

Данные лабораторных и инструментальных исследований: в клиническом анализе крови – анемия средней степени тяжести, в биохимическом – повышение уровня СРБ до 17,9 ммоль/л, трансаминазы в пределах нормы. Бактериологическое исследование мазка на грибы рода *Candida* из ротовой полости – положительный результат (++++). ПЦР-скрининг бактериальных и вирусных возбудителей острых кишечных инфекций в кале – *Campylobacter* spp. Рентгенография органов грудной клетки – без патологии.

В связи с длительной лихорадкой начата антибактериальная терапия (Цефтриаксон, Метронидазол). В результате обследования, у пациента диагностирован хронический гепатит С и ВИЧ-инфекция впервые выявленная. Присоединились постоянная головная боль, светобоязнь, однократная рвота. С диагностической целью 27.12.2019 г. проведена люмбальная пункция с исследованием спинномозговой жидкости: белок – 0,72 г/л (N=0,15-0,5), глюкоза – 1,13 ммоль/л (N=2,3-3,9), цитоз – 24/3, 9-11 криптококков в поле зрения, 1500/3. При посеве ликвора выделен обильный рост вида *Cryptococcus neoformans*. Начата этиологическая терапия – Амфотерицин, Бисептол. Контрольная диагностическая люмбальная пункция от 02.01.2020 г.: белок – 1,39 г/л (N=0,15-0,5), глюкоза 0,59 ммоль/л (N=2,3-3,9), цитоз – 61/3, криптококки – 3328/3. Отмечается отрицательная динамика в виде нарастания цитоза. С 07.01.20 г. появилась нарастающая одышка в покое. Сатурация кислорода 80-82%. Проведена компьютерная томография органов грудной клетки от 04.01.2020 г. Заключение: двухсторонняя интерстициальная пневмония. Малый двусторонний гидроторакс. В терапию добавлен Дексаметазон и оксигенотерапия. 08.01.2020 SpO2 на ингаляции 78%, ЧД – 28/мин, ЧСС – 98/мин. АД – 130/80 мм рт.ст. В легких дыхание жесткое, диффузно ослаблено с двух сторон. С 9.01 постоянные жалобы на одышку и чувство нехватки воздуха. Прогноз для жизни неблагоприятный. Вызван дежурный реаниматолог. Показаний для экстренного перевода в ОРИТ нет, так как есть возможность продолжения терапии на отделении. SpO2 на ингаляции 75%, ЧД – 28/мин, ЧСС – 102/мин, АД – 135/70 мм рт.ст. Пациент оставлен под присмотром дежурного врача. 14.01.20 Состояние – тяжелое. Ухудшение дыхательной недостаточности, SpO2 не определяется ввиду нарушения микроциркуляции. В легких жесткое дыхание с диффузным ослаблением по обеим поверхностям, в нижних областях хрипы. АД – 120/80 мм рт.ст. Прогноз для жизни – неблагоприятный. Несмотря на проводимое лечение, прогрессировала дыхательная недостаточность 2-3 степени. 15.01.20 констатирована биологическая смерть. При патологоанатомическом вскрытии у больного с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией выявлен генерализованный криптококкоз с поражением головного мозга, легких, разных групп лимфатических узлов, почек, селезенки. Двусторонняя пневмоцистная пневмония с присоединением бактериальной флоры (посмертный высеv *Klebsiella* spp.) Так же обнаружен назофарингеальный кандидоз, кандидат пищевода, отек и набухание головного мозга. ХВГ С в настоящее время без цирротической перестройки ткани печени не сыграла роль в танатогенезе. Непосредственной причиной смерти явился генерализованный криптококкоз с отеком-набуханием головного мозга.

Результаты и обсуждение. Пациент 44 лет, работающий, поступил в стационар с диагнозом направления: ОРВИ, лихорадка неясного генеза. При обследовании выявлены ХВГ С и ВИЧ-инфекция. Позже – криптококковый менингоэнцефалит. Несмотря на проводимое лечение, состояние прогрессивно ухудшалось. Спустя 1,5 месяца констатирована смерть.

Выводы. В связи с широкой распространенностью ВИЧ-инфекции рекомендована большая настороженность среди трудоспособного населения, обязательное исследование на форму 50 при появлении синдромов лихорадки и экзантемы, а также тщательный сбор анамнеза.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОДАГРЫ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

**Бикбаева Л.И., Громова М.А., Израелян И.Р.,
Николаева Ю.В., Федулина Е.А.**

Российский национальный исследовательский
медицинский университет имени Н.И. Пирогова,
Москва

Введение. В настоящее время подагра находится в центре внимания всей мировой научной общестственности. Современные эпидемиологические данные свидетельствуют об истинном увеличении распространенности болезни, которая различается выраженностью клинических проявлений в зависимости от половой принадлежности.

Цель исследования. Дать сравнительную характеристику подагры у мужчин и женщин.

Материалы и методы. В исследование включили 179 пациента с диагнозом подагра, достоверным по критериям S. Wallace, которые были разделены на две группы по половой принадлежности (102 мужчин и 77 женщин). Основную группу больных составили мужчины, средний возраст был 56,1±13,7 лет, длительность заболевания – 8,6±9,3 лет. Группу сравнения составили женщины, средний возраст которых – 65,7±9 лет, длительность заболевания – 3,1±3,6 лет. Проведен сравнительный анализ показателей клинической характеристики подагры; частоты выявления коморбидных заболеваний. Статистический анализ проводился с помощью программы STATISTICA 10.0.

Результаты. Дебют заболевания в обеих группах начинался с I плюсне-фалангового сустава стопы. Хронический артрит проявлялся у представителей мужского пола чаще 55,88% против 34,2% у женщин; $p<0,05$). Тофусы были выявлены у 38 больных, в основной группе – у 32 больных, в груп-

пе сравнения – у 6 ($p<0,05$). Был проведен анализ коморбидных заболеваний у больных исследуемых групп. Артериальную гипертензию (АГ) диагностировали при артериальном давлении (АД) 140/90 мм рт.ст. у 75,4% (64 женщины+71 мужчина) пациентов: среди мужчин – у 69,61% и у женщин – 83,1%; у последних значения систолического и диастолического АД оказались выше, что способствовало развитию хронической сердечной недостаточности (32,9% против 21,57% у мужчин), а также поражению органов-мишеней ($p<0,05$). Диагноз ишемическая болезнь сердца (ИБС) установлен 86(49 женщин+37 мужчин) (48,04%) пациентам, сосудистые катастрофы (инфаркт миокарда/инсульт) выявлены у 72 (43 женщины+29 мужчин) (40,22%) больных, сахарный диабет (СД) 2 типа встречался у 51 (35 женщин+16 мужчин) (28,49%) больных. Отмечено, что ИБС развивалась чаще у женщин (62%), чем у мужчин (36,27%), $p<0,05$. Сахарный диабет 2 типа был выявлен в три раза чаще (44,3%) у группы сравнения совместно с ожирением (60,8%), $p<0,05$. Диагноз хронической болезни почек (ХБП) имели 30 (13 женщин+17 мужчин) (16,76%) больных, при этом ХБП с увеличением концентрации креатинина развивалась в основной группе чаще – у 16,7%, в отличие от группы сравнения, где она наблюдалась у 16,6% больных ($p<0,05$). У мужчин также отмечался более высокий уровень мочевины и мочевой кислоты ($p<0,05$). Стойкая гиперурикемия, прием диуретиков, а также АГ способствовали быстрому развитию и прогрессированию ХБП в обеих группах.

Выводы. Благодаря выраженному повышению уровня мочевой кислоты у мужчин развилось более тяжелое поражение суставов за счет тенденции к хронизации. Тем не менее, у женщин подагра протекала тяжелее в связи с присоединением коморбидных заболеваний, преимущественно сердечно-сосудистой системы, и поражением органов-мишеней.

ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ СЕРОНЕГАТИВНЫМИ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ

**Благинина И.И.¹, Блудова Н.Г.¹, Реброва О.А.¹,
Бахтояров П.Д.¹, Болдырь А.В.²**

¹Луганский государственный медицинский
университет имени Святого Луки,

²Луганская городская поликлиника №9,
г. Луганск, Украина

Группа серонегативных спондилоартритов, в число которых входят анкилозирующий спондилит (АС) и псориагический артрит (ПСА), занимает одно

из ведущих мест в патологии костно-мышечной системы, что обусловлено высокими темпами прогрессирования патологического процесса и развитием ранней инвалидизации больных. Снижение подвижности суставов и позвоночника, развитие деформаций суставов, выраженный болевой синдром, хронический характер иммуновоспалительного процесса определяют низкое качество жизни (КЖ) пациентов, ограничивая их физическую и функциональную активность, и способствуя ухудшению возможностей социальной адаптации и эмоционального состояния данной категории больных.

Цель исследования. Изучить, в соответствии с опросником SF-36, показатели качества жизни больных серонегативными спондилоартритами.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 33 пациента с АС (м – 21, ж – 12; средний возраст $42,3 \pm 9,8$ г; длительность заболевания $135,1 \pm 82,4$ мес), 36 больных ПсА (м – 15, ж – 21; средний возраст $43,2 \pm 7,5$ г; длительность заболевания $114,1 \pm 38,2$ мес) и 27 здоровых лиц – контрольная группа (КГ) (м – 11, ж – 16; средний возраст $37,1 \pm 10,2$ г). Для верификации диагноза АС использовались модифицированные Нью-Йоркские критерии 1984 г., ПсА – критерии CASPAR (Classification criteria for psoriatic Arthritis) 2006 г.

КЖ изучали по опроснику SF-36 (the Short Form-36) с вычислением 8 основных показателей: ФФ – физическое функционирование, РФФ – ролевое физическое функционирование, Б – интенсивность боли, ОЗ – общее здоровье, Ж – жизненная активность, СФ – социальное функционирование, РЭФ – ролевое эмоциональное функционирование, ПЗ – психическое здоровье и оценкой двух суммарных измерений: физического (РН) и психологического здоровья (МН).

Результаты и обсуждение. Исследование показателей КЖ в группах больных АС и ПсА продемонстрировало снижение, в сравнении с КГ, показателей РН на 17,7 и 21,9 баллов соответственно, и показателей МН на 4,8 и 10 баллов по сравнению с КГ. В большей степени изменялись показатели физического здоровья: ФФ было снижено на 44,2% у пациентов с АС и на 66,3% в группе больных ПсА; РФФ соответственно на 57,3% и 74,9%; интенсивность боли, в сравнении с КГ, была выше на 60% в группе с АС и на 67% в группе с ПсА, что обусловило ухудшение ОЗ на 34,2% и 33% соответственно. Таким образом, в группе пациентов с ПсА было выявлено более значимое, чем у больных с АС, ограничение при выполнении физических нагрузок и влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность. Рассмотрев показатели КЖ, характеризующие психологическое здоровье, мы установили, что в большей степени были снижены

показатели Ж – на 49% в группе с АС и на 59% – с ПсА и РЭФ – на 45,6% и 41,8% соответственно. Кроме этого было установлено, что в группе пациентов с ПсА показатели СФ и ПЗ были снижены не только в сравнении с КГ, но и достоверно ($p=0,022$; $p=0,0039$ соответственно) ниже, чем у пациентов с АС, что указывает на более высокий уровень тревожности и депрессии в целом.

Выводы. В обеих исследуемых группах отмечалось снижение показателей КЖ как физического, так и психологического компонентов здоровья. Установленные изменения параметров психологического здоровья пациентов обеих групп свидетельствуют о нарушении социально-психологического функционирования. Также выявлены достоверно более низкие, по сравнению с пациентами с АС, показатели социального функционирования и психического здоровья в группе больных ПсА.

АНЕМИИ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Богданов А.Н.

Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург

В мире проживает около 500 миллионов человек старше 65 лет, к 2030 году их количество превысит 1 миллиард, к 2050 году – 2 миллиарда. Анемический синдром выявляется у 10% лиц старше 65 лет, частота анемий в стационарах достигает 40%, у пациентов домов престарелых – 50-65%.

Основными причинами анемий являются дефицит железа, витамина B_{12} и фолиевой кислоты (1/3 случаев), анемии хронических заболеваний и патология почек (1/3 больных), у 1/3 пациентов генез анемии остается неясным. Независимо от причины, анемический синдром приводит к снижению качества жизни, повышению заболеваемости и летальности.

Около 50% анемий обусловлены нарушением обмена железа (железодефицитные анемии – ЖДА, анемии хронических заболеваний – АХВЗ и их сочетание). Причинами ЖДА являются нарушение абсорбции железа и оккультные кровопотери из желудочно-кишечного тракта вследствие опухолевых и неопухолевых заболеваний и приема медикаментов, что требует эндоскопического исследования. Патогенез АХВЗ связан с воздействием провоспалительных цитокинов на эритроциты, увеличением уровня гепсидина с секвестрацией железа в макрофагах и патологией почек со снижением клубочковой фильтрации. Для диагностики и лечения ЖДА и АХВЗ требуется исследование феррокинетики (определе-

ние ферритина, сатурации трансферрина, растворимого рецептора трансферрина с расчетом ферритинового индекса и др.).

V_{12} дефицитные анемии обусловлены малабсорбцией вследствие заболеваний желудочно-кишечного тракта, резекции желудка или гастрэктомии, вегетарианства. Макроцитарная анемия, кроме дефицита витамина V_{12} и фолиевой кислоты, может быть обусловлена приемом медикаментов, опухолями системы крови, алкоголизмом, заболеваниями печени. Возможно сочетание ЖДА и V_{12} дефицитной анемии, особенно после резекции желудка и гастрэктомии.

Гемолитические анемии у гериатрических пациентов встречаются редко, прежде всего – как осложнение лимфопролиферативных заболеваний. Подозрение на апластическую анемию возникает при развитии панцитопении, причинами которой обычно являются гемобласты, метастазы солидных опухолей в костном мозге и V_{12} дефицитная анемия.

У 25% гериатрических пациентов после обследования и исключения опухолевого заболевания причину анемии выявить не удастся. В патогенезе анемии неясного генеза имеют значение изменения стволовых кроветворных клеток, нарушения гормональной регуляции, функции почек и персистирующее субклиническое воспаление. По мере увеличения возможностей молекулярно-генетических исследований и внедрения новых методов изучения феррокинетики у большинства больных анемией неясного генеза диагностируют АХВЗ или идиопатическую цитопению неясного значения с изолированной анемией.

Таким образом, наиболее частыми видами анемий у гериатрических пациентов являются железодефицитные анемии, анемии хронических заболеваний и V_{12} дефицитные анемии. Независимо от причины, анемии приводят к снижению качества жизни, повышению заболеваемости и летальности, что требует своевременной диагностики и лечения.

ВЛИЯНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

**Богданов В.К., Агрещенкова А.Г.,
Волобуев М.В., Овсянников Е.С.**
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Внебольничная пневмония в настоящее время является одним из наиболее частым и жизнеугрожающим заболеванием. У пациентов с хроническими

заболеваниями органов кровообращения в большинстве случаев внебольничной пневмонии является смертельным осложнением основного заболевания.

Цель работы. Изучить особенность течения внебольничной пневмонии у пациентов с гипертонической болезнью.

Материал и методы исследования. Было произведено ретроспективное исследование 46 медицинских карт стационарного больного с внебольничной пневмонией, как с сопутствующей гипертонической болезнью, так и без нее, госпитализированных в Воронежскую городскую клиническую больницу скорой медицинской помощи №1. Кроме того нами было обследовано 54 пациента, прошедших лечение с 01.10.2019 по 01.11.2019 в пульмонологическом отделении Воронежской городской клинической больницы скорой медицинской помощи №1. Все больные были распределены на две группы. Первая группа включала 55 (52,17%) пациентов без гипертонической болезни. Вторая группа, состояла из 45 (47,83%) пациентов с гипертонической болезнью. Также была проведена оценка наличия следующих осложнений: плеврит, перипневмонит, острая дыхательная недостаточность, эмпиема плевры.

Результаты и обсуждение. При оценке наличия осложнений было выявлено что в первой группе у 22 (29,16%) пациентов имелись осложнения. Во второй группе осложнения имели место быть у 25 (39,09%) пациентов. При исследовании спектра осложнений было выявлено, что в первой группе плеврит наблюдался у 13 (59,09%) пациентов, перипневмонит у 6 (27,28%), острая дыхательная недостаточность у 2 (9,09%), эмпиема плевры у 1 (4,54%). Во второй группе плеврит встречался 15 (60,81%), перипневмонит у 7 (27,69%), острая дыхательная недостаточность у 2 (3,97%), эмпиема плевры у 2 (7,93%). При анализе степени тяжести пневмонии установлено, что в первой группе пневмония со средней степенью наблюдалась у 38 (90,32%) пациента, тяжелая степень – у 14 (9,68%). Во 2 группе средняя степень тяжести пневмонии наблюдалась у 29 (82,61%) больных, тяжелая степень – у 11 (17,39%). При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки было установлено, что в первой группе сегментарная инфильтрация легочной ткани встречалась у 17 (21,13%), полисегментарная – у 11 (41,84%), долевая – у 15 (17,67%), двусторонняя у 12 (19,36%) пациентов. Во второй группе сегментарная инфильтрация у 8 (13,04%), полисегментарная у 16 (56,87%), долевая у 6 (4,36%), двусторонняя 15 (25,73%) пациентов. Исследовательские данные указывают на изменения регулирующей роли легких в процессах кровообращения, при заболевании пневмонией. При этом происходит изменение гемореологических свойства крови при прохождении через пораженную легоч-

ную ткань, что в свою очередь оказывает влияние как на состояние микроциркуляции, так и на уровень артериальной гипертензии.

Выводы. Наличие в анамнезе гипертонической болезни увеличивает частоту развития осложнений внебольничной пневмонии (39,09% и 29,16% соответственно). У пациентов с гипертонической болезнью чаще встречается тяжелая степень пневмонии чем легкая (17,39% против 9,68%). У больных с гипертонической болезнью часто встречается полисегментарная (56,87%) и двусторонняя (25,73%) пневмония, против (41,84% и 19,36% соответственно).

ПРОГНОЗ У ПАЦИЕНТОВ С УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ МИКРОВАСКУЛЯРНАЯ СТЕНОКАРДИЯ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

Боднар Н.О., Шахбазян А.В., Леонова И.А.
Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Актуальность. Прогноз у пациентов с первичной микроваскулярной стенокардией (МВС) на фоне непораженных крупных коронарных артерий ранее предполагался доброкачественным с частотой сердечно-сосудистых событий (смерти или острого инфаркта миокарда) в целом близких к таковым в общей популяции.

Однако более крупные исследования, выполненные недавно, поставили под сомнение мнение, что МВС имеет благоприятный долгосрочный прогноз. При этом эти исследования включали более гетерогенные группы пациентов с потенциальными маркерами худшего исхода, включая субкритический коронарный атеросклероз, нарушение функции ЛЖ и аритмии. С другой стороны, МВС отрицательно влияет на качество жизни, поскольку многим пациентам в раннем возрасте приходится резко ограничивать свою физическую активность и социальную деятельность.

Цель. Оценить прогноз и качество жизни у пациентов с МВС на фоне постоянно принимаемой терапии на протяжении в отдаленном периоде наблюдения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 76 историй болезни пациентов с установленным диагнозом МВС. Был проведен телефонный опрос, включающий в себя данные о качестве жизни, наличии развития сердечно-сосудистых событий (госпитализация по поводу ИМ, сердечной недостаточности, инсульта).

Результаты. Пациенты были преимущественно женского пола, 62 человека (81,6%). Возрастной диапазон составил от 49 до 87 лет. 18 человек старшей возрастной группы (>70 лет). Средний срок наблюдения составил 11 лет.

При анализе полученных данных у 7 человек (~9%) отмечалось развитие сердечно-сосудистых осложнений. При этом зафиксировано 2 ОИМ (2,6%); 2 случая нарушения мозгового кровообращения (2,6%).

Неудовлетворительное самочувствие из-за более ангинозного характера, низкое качество жизни отмечалось у 5 больных (6,6%). Также, 2 (2,6%) пациентов в связи с рецидивирующим болевым синдромом были повторно госпитализированы, больным была повторно выполнена коронарография. По результатам которой, были выявлены стенозы КА с их, одномоментным стентированием.

Вывод. Несмотря на антиангинальную терапию, у ряда пациентов сохраняется клиническая симптоматика, плохое качество жизни, риск сердечно-сосудистых осложнений. МСС уже не рассматривается как абсолютно доброкачественное состояние, как считалось ранее, так как риск смерти при ОИМ повышен: наполовину меньше чем при обструктивной ИБС, но в 3 раза больше чем у здоровых лиц, что требует поиска новых методов диагностики и лечения.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ АППАРАТНЫМ МЕТОДОМ ТЕРМОПУНКТУРНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРМОПУНКТУРЫ

Бондарчук В.И.
Российская медицинская академия непрерывного
профессионального образования,
Москва

Цель исследования. Повышение эффективности реабилитации пациентов стенокардией напряжения, разработка более эффективных и удобных в эксплуатации аппаратных методов термопунктурной диагностики и термопунктуры, технических средств их обеспечения и внедрения в широкую амбулаторную и стационарную практику представляется актуальной.

Материалы и методы. Проведены исследования диагностического и реабилитационного характера у 39 пациентов со стенокардией напряжения.

Диагностику и термопунктуру проводили прибором “TEATEST”. Аппарат предназначен для измерения времени термоболовой реакции зоны накожной проекции точки акупунктуры (по длительности латентного периода) по тесту Акабанэ и термопунктуры. Оригинальная конструкция прибора позволяет фиксировать степень прижима контактной с акупунктурной точкой площадки шупа и автоматизировать управление электронным таймером. Специальный режим контактного термоэнергетического воздействия помогает компенсировать разброс индивидуальной чувствительности, обеспечивает более четкое выявление асимметрии термочувствительности, повышает повторяемость результатов тестирования. Сопоставляли чувствительность симметричных точек акупунктуры к термическому воздействию. Как правило, это первые и последние точки 12 классических меридианов, расположенные на концевых фалангах пальцев рук и ног: P11, GI1, MC9, TR1, C9, IG1, RP1, F1, E45, VB44, R1, V67. Этот метод позволяет выявить у пациентов нарушения функционального равновесия в тех или иных меридианах (системах) и затем провести целенаправленную их коррекцию. При проведении сеансов термопунктуры прибор позволяет, по аналогии с восточной полынной сигаретой, осуществлять как прерывистое (ключущее), стабильное (контактное), утюжущее (штриховое) так и дистантное (не контактное) воздействие на точки акупунктуры с целью получения необходимого седативного или тонизирующего эффекта. При обнаружении гиперфункции в меридиане использовали соответствующую седативную акупунктурную точку: P5, GI12, MC7, TR10, C7, IG8, RP5, F2, E45, VB38, R1, V65. При обнаружении гипофункции в меридиане использовали соответствующую тонизирующую акупунктурную точку: P9, GI11, MC9, TR3, C9, IG3, RP2, F8, E41, VB43, R7, V67. При курсовой реабилитации дополнительно использовали соответствующие корпоральные акупунктурные точки: MC6, MC7, VC14, VC15, VC17, VB20, V10, V15, VG14, E36, GI4, GI11, F3, C7, TR5 и др.

Результаты. При анализе клинических и параклинических данных улучшение клинического состояния у большинства пациентов отмечалось на 1-3 процедуре термопунктуры. Полностью исчезновение патологической симптоматики к концу курса реабилитации отмечено у 78% пациентов, улучшение – у 19%. У 3% пациентов была необходимость в проведении повторных 1-2 курсов реабилитации. При этом регресс патологической симптоматики в контрольной группе пациентов и улучшение их клинического состояния происходило в более поздние сроки реабилитации. Проведение сеансов аппаратной термопунктурной диагностики и термопунктуры является эффективным, осуществляется асептично, атравматично, безболезненно, исключая побочные эффекты восточной полынной сигареты (запах, угарный газ, пепел).

Заключение. Аппарат “TEATEST” является высокоэффективным в реабилитации пациентов со стенокардией напряжения и соответствует своему медицинскому назначению. Прибор отличают высокая эффективность, многофункциональность, конкурентоспособность, что позволяет широко использовать его в амбулаторных и стационарных клинических условиях.

АППАРАТНАЯ БИОЭНЕРГОПУНКТУРНАЯ ТЕРАПИЯ В КУПИРОВАНИИ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Бондарчук В.И.

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования,
Москва

Цель исследования. Разработка новых более эффективных и удобных в эксплуатации аппаратных методов биоэнергопунктурной терапии (БЭПТ) в купировании приступа бронхиальной астмы, технических средств их обеспечения и внедрения в клиническую практику представляется актуальной. Материалы и методы. Нами предложен, успешно апробирован и внедрен в широкую амбулаторную и стационарную клиническую практику новый более физиологичный, высокоэффективный и экономичный метод БЭПТ оригинальным, не имеющим аналогов в мире многофункциональным аппаратом «Устройство для рефлексотерапии» (УРТ), не требующим для своей работы источников тока. В основе работы устройства лежит контактная разность потенциалов электродов, способствующая возникновению в акупунктурной системе электродвижущей силы и целенаправленной генерации тока клинически значимых величин. Аппарат состоит из измерительного устройства и комплекта специальных положительно и отрицательно заряжающихся электродов, один из которых является источником, а другой – приемником электронов. При создании «гальванической» цепи на поверхности положительного электрода не образуется окислитель, а на поверхности отрицательного электрода – восстановитель. При проведении БЭПТ на соответствующую корпоральную акупунктурную точку (КАТ) или аурикулярную акупунктурную точку (ААТ) с целью седативного воздействия осуществляли в течение 2 мин. электродом, являющимся приемником электронов, с целью тонизирующего воздействия – электродом, являющимся источником электронов, также в течение 2 мин. При этом следует учитывать не только комплексное воздействие на организм пациента инициируемого устройством тока, но и место приложения воздействия – перифери-

ческий рефлекторный элемент, обладающий особыми электрическими свойствами и связанный с различными органами и системами. Для купирования приступа бронхиальной астмы и при курсовом лечении обычно использовали следующие КАТ: VG 11, 13, 14, 26; GI 4, 11, 20; V 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 40, 43, 60; P 1, 5, 7, 8, 9; TR 5; RP 3, 6; VC 12, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22; PN 45; R 3, 25, 26, 27; E 13, 14, 15, 25, 36, 40; VB 20, 21; F 2, 3, 8, 13; C 3, 7; MC 6, 7; и др.; ААТ: 13, 22, 28, 31, 34, 51, 55, 60, 78, 91, 101, 102 и др. При наличии у пациентов сопутствующей патологии в рецептуру дополнительно включали соответствующие симптоматические КАТ, ААТ и др.

Результаты. При проведении сеансов БЭПТ регистрируемые величины тока не превышали общепринятых в рефлексотерапии допустимых величин тока. При анализе клинических и параклинических данных отмечено, что купирование приступа бронхиальной астмы у большинства пациентов отмечалось на 1-2 процедуре БЭПТ. Частота случаев выздоровления, значительного улучшения и улучшения при БЭПТ статистически достоверно значительно выше, чем при классической акупунктуре (КАП) и составляет 93,2% (10,5%+46,9%+35,8%). При КАП соответственно – 69,3% (8,1%+38,0%+23,2%). При этом регресс патологической симптоматики пациентов и улучшение их клинического состояния происходило в более поздние сроки лечения. Проведение сеансов БЭПТ аппаратом «Устройство для рефлексотерапии» осуществляется асептично, атравматично, безболезненно, является эффективным, переносится всеми пациентами хорошо, без побочных отрицательных реакций.

Заключение. Аппаратная биоэнергопунктурная терапия является высокоэффективной в купировании приступа бронхиальной астмы. «Устройство для рефлексотерапии» соответствует своему медицинскому назначению и позволяет использовать его в амбулаторных, стационарных, скорпомощных, экстремальных, полевых условиях, чрезвычайных ситуациях.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ МЕТОДОМ АППАРАТНОЙ ЧЖЭНЬ-ЦЗЮ ТЕРАПИИ

Бондарчук В.И.

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования,
Москва

Цель исследования. Разработка новых более эффективных и удобных в эксплуатации методов

аппаратной чжэнь-цзю терапии в реабилитации пациентов с нейроциркуляторной дистонией, технических средств их обеспечения и внедрения в широкую амбулаторную и стационарную клиническую практику представляется актуальной.

Материалы и методы. В последние годы в Российской Федерации и странах СНГ находит все более широкое использование в клинической практике предложенный нами метод аппаратной чжэнь-цзю терапии. Для этих целей в подавляющем большинстве случаев используют аппарат «Светерм-2». Он физиологичен, эффективен, экономичен, не имеет аналогов в мире, многофункционален, соответствует современному научно-техническому уровню, конкурентоспособен. Аппарат демонстрировался и удостоен Золотых и Серебряных медалей на Московском международном салоне инноваций и инвестиций (Россия), на Международных выставках: в городе Брюсселе (Бельгия), в городе Дюссельдорфе (Германия), в городе Орланде (США) и других. Проведены исследования у группы амбулаторных и стационарных пациентов неврологического и терапевтического профиля. Всем пациентам проводилось клиническое, параклиническое обследование, мануальная диагностика и рефлексодиагностика. Выбор корпоральных, аурикулярных, фациокраниальных акупунктурных точек, местных, сегментарных, отдаленных, их сочетание и зоны микроакупунктурных систем акупунктуры определялись общим состоянием пациента, данными клинического, параклинического исследования, показателями рефлексодиагностики и мануальной диагностики. При наличии у пациентов сопутствующей патологии в рецептуру дополнительно включали соответствующие симптоматические корпоральные, фациокраниальные и аурикулярные точки акупунктуры. У некоторых пациентов с нейроциркуляторной дистонией, при необходимости, проводили повторные 1-2 курса реабилитации с перерывом в 1-4 недели.

Результаты. При анализе клинических, параклинических данных, рефлексодиагностики и мануальной диагностики положительная динамика у большинства пациентов отмечалась на 1-2 процедуре метода аппаратной чжэнь-цзю терапии. Частота случаев выздоровления, значительного улучшения и улучшения при методе аппаратной чжэнь-цзю терапии статистически достоверно значительно выше, чем при классической чжэнь-цзю терапии. Полностью исчезновение патологической симптоматики к концу курса реабилитации и значительное улучшение отмечено у 79% пациентов, улучшение – у 20% пациентов. У 1% пациентов была необходимость в проведении повторных 1-2 курсов реабилита-

ции. При этом регресс патологической симптоматики в контрольной группе больных и улучшение их клинического состояния происходило в более поздние сроки реабилитации. При проведении сеансов поиска-индикации корпоральных и аурикулярных точек акупунктуры, терапевтического воздействия метода аппаратной чжэнь-цзю терапии осуществляется безболезненно, атравматично, асептично, исключая эффекты полынной сигареты (запах, угарный газ, пепел), является эффективным, переносится всеми пациентами хорошо. Побочных отрицательных реакций у всех пациентов отмечено не было.

Заключение. Использование аппаратного метода чжэнь-цзю терапии устройством «Светерм-2» является высокоэффективным в реабилитации пациентов с нейрциркуляторной дистонией. Аппарат соответствует своему медицинскому назначению. Простота, высокая эффективность, портативность, многофункциональность позволяет широко использовать его у амбулаторных и стационарных пациентов неврологического и терапевтического профиля.

ВЫЯВЛЕНИЕ ОСТРОЙ ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ В ОТДЕЛЬНЫХ РЕГИОНАХ ЦЕНТРАЛЬНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА, РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ, СЕВЕРОКАВКАЗСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА, РЕСПУБЛИКЕ Ю.ОСЕТИЯ, РЕСПУБЛИКЕ АБХАЗИЯ И ПРИМОРСКОМУ КРАЮ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ РАБОТЫ ВЫЕЗДНОЙ БРИГАДЫ РОСТОВСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ЮЖНОГО ОКРУЖНОГО МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА ФЕДЕРАЛЬНОГО МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТСТВА РОССИИ

Боронджиян Т.С., Дружинин К.В., Упвалова Г.К.
Ростовская клиническая больница,
г. Ростов-на-Дону

Цель исследования. Провести анализ выявленной острой легочной патологии при использовании мобильного флюорографического кабинета за период 2014-2019 гг.

Материал и методы. В 2014-2019 гг. выполнено 27461 исследование органов грудной клетки исследование на передвижных флюорографе РЕ-НЕКС ФЛЮОРО и рентгеновском комплексе Про-Граф на платформе Mercedes Zetros населению республики Крым, Тульской и Ярославской областей, Чеченской Республики, Республики Ингушетия, Республики Абхазия, Республики Южная Осетия и населения Приморского края. Всего в период с 2014 по 2019 гг. было проведено 27461 исследований.

Результаты. По результатам флюорографических обследований всего выявлено случаев острой неспецифической легочной патологии у 201 человека.

Структура острой легочной патологии следующая.

Республика Крым: всего было проведено 6338 исследований. Из них было выявлено случаев острой пневмонии 10 (37,2%), гидроторакса 10 (37,2%), отека легких 4 (14,8%), ТЭЛА 3 (11,2%).

Тульская область: всего было проведено 2535 исследований. Из них было выявлено случаев острой пневмонии 9 (33,2%), пневмоторакса 1 (3,7%), гидроторакса 12 (44,4%), отека легких 3 (11,3%), ТЭЛА 2 (7,4%).

Ярославская область: всего было проведено 1652 исследований. Из них было выявлено случаев острой пневмонии 9 (29,63%), гидроторакса 13 (48,15%), отека легких 4 (14,81%), ТЭЛА 2 (7,41%).

Чеченская Республика: всего было проведено 3371 исследований. Из них было выявлено случаев острой пневмонии 23 (56,1%), пневмоторакса 4 (9,75%), гидроторакса 5 (12,2%), отека легких 4 (9,75%), ТЭЛА 5 (12,2%).

Республика Ингушетия: всего было проведено 2633 исследований. Из них было выявлено случаев острой пневмонии 13 (54,17%), пневмоторакса 2 (8,33%), гидроторакса 4 (13,67%), отека легких 3 (12,5%), ТЭЛА 2 (8,33%).

Республика Абхазия: всего было проведено 5400 исследований. Из них было выявлено случаев острой пневмонии 12 (57,14%), пневмоторакса 1 (4,76%), гидроторакса 4 (19,04%), отека легких 3 (14,28%), ТЭЛА 1 (4,76%).

Республика Южная Осетия: всего было проведено 2157 исследований. Из них было выявлено случаев острой пневмонии 6 (46,1%), пневмоторакса 1 (7,6%), гидроторакса 3 (23,4%), отека легких 2 (15,4%), ТЭЛА 1 (7,6%).

Приморский край: всего было проведено 3375 исследований. Из них было выявлено случаев острой пневмонии 8 (38,1%), пневмоторакса 2

(9,52%%), гидроторакса 6 (28,56%%), отека легких 3 (14,28%%), ТЭЛА 2 (9,52%%).

Выводы. Благодаря мобильности выездных бригад своевременная качественная диагностика острой легочной патологии позволяет пациентам в отдаленных и труднодоступных районах получать качественное превентивное обследование органов грудной клетки и своевременно выявлять наиболее серьезные виды нозологий. Современные цифровые технологии флюорографа РЕНЕКС ФЛЮОРО и рентгеновского аппарата ПроГраф 5000 позволяют максимально оперативно и достоверно выявлять больных, нуждающихся в экстренной госпитализации и интенсивной терапии.

ИЗМЕНЕНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПОСЛЕ ИНТЕРВАЛЬНОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ И ЭНТЕРАЛЬНОЙ ОКСИГЕНОТЕРАПИИ

Борукаева И.Х., Абазова З.Х., Борукаева Л.А.,
Шибзухова Л.А.

Кабардино-Балкарский государственный
университет имени Х.М. Бербекова,
г. Нальчик

Актуальность. В связи с высокой распространенностью бронхиальной астмы во всем мире изучение патогенеза и разработка новых методов лечения остается одной из важнейших проблем современной иммунологии. Бронхиальная астма нередко является причиной инвалидизации детей, часто продолжается в зрелом возрасте и приводит к ухудшению качества жизни больных и развитию серьезных осложнений. Поэтому весьма важным для клинической медицины является разработка эффективных методов лечения бронхиальной астмы, основанных на знании механизмов патогенеза. Комбинированное использование интервальной гипокситерапии (ИГТ) и энтеральной оксигенотерапии весьма эффективно для лечения некоторых заболеваний.

Цель работы. Выявить влияние комбинированного применения ИГТ и энтеральной оксигенотерапии на иммунологическую реактивность у больных бронхиальной астмой.

Материал и методы исследования. Обследовано 320 больных с бронхиальной астмой легкой и средней степени тяжести. Больные были разделены на 2 возрастные группы: 8-12 лет и 13-16 лет. Комбинированное лечение, включающее ИГТ и энтеральную оксигенотерапию, прошли все больных бронхиальной астмой. Контрольная группа, включающая 120 больных легкой и средней степени тяжести, прошла только санаторно-курортное лечение, без ИГТ и энтеральной оксигенотерапии.

Результаты исследования. У больных совместное применение ИГТ и энтеральной оксигенотерапии оказало существенное влияние на иммунологическую реактивность. После комбинированного метода отмечалось достоверное ($p < 0,01$) увеличение количества Т-лимфоцитов CD3+, Т-лимфоцитов CD4+. Об улучшении клеточного звена иммунитета свидетельствовало достоверное ($p < 0,01$) возрастание содержания Т лимфоцитов CD8+. После лечения достоверно ($p < 0,01$) возросло содержание иммуноглобулинов А, М и G. Важным результатом комбинированного метода лечения явилось достоверное ($p < 0,001$) уменьшение содержания в крови общего иммуноглобулина Е у всех больных, что свидетельствовало об уменьшении хронического воспалительного процесса в бронхиальном дереве. Достоверно ($p < 0,05$) снизилось содержание ЦИК у всех больных, что характеризовало снижение сенсибилизации. В контрольной группе достоверных изменений выявлено не было.

Достоверное возрастание содержания IgA в крови привело к усилению противомикробного и противовирусного иммунитета. Уменьшение содержания IgE в крови можно рассматривать как проявление уменьшения хронического воспалительного процесса в бронхиальном дереве больных и усиления противоинфекционного иммунитета. Достоверное увеличение содержания Т-лимфоцитов привело к улучшению клеточного и гуморального звеньев иммунитета и уменьшению иммунорегуляторного индекса. Комбинированный метод лечения оказал на детей 8-12 лет более выраженный эффект, чем на больных 13-16 лет, что можно объяснить гормональными изменениями в подростковом периоде. Изменения показателей у больных 13-16 лет также были достоверными, что доказывает эффективность комбинированного лечения и у этой категории больных.

Выводы. Таким образом, для больных бронхиальной астмой комбинированный метод лечения оказался эффективным средством коррекции иммунологической реактивности. Он способствовал усилению противомикробного, противовирусного, противовоспалительного иммунитета.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОЛГОСРОЧНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТИПА А У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЦП

Бочкова Е.Н., Синявская Е.А., Дагалдян А.А., Молчанова Н.Е.

Областная детская клиническая больница,
г. Ростов-на-Дону

Ведущей симптоматикой в клинике ДЦП, приводящей к тяжелой инвалидности, является патология позы и движения, которые обусловлены у большей части детей с ДЦП спастичностью. Вторичные ортопедические осложнения требуют проведения многоуровневых хирургических вмешательств, осуществляются уже при развившихся ортопедических проблемах, чаще в возрасте от 7 до 14 лет, более раннее проведение оперативных вмешательств сопряжено с повышенным риском рецидивов. Поэтому, своевременное и возможно раннее применение препаратов ботулинического токсина типа А у детей со спастическими формами ДЦП является необходимым для профилактики контрактур и развития вторичной ортопедической патологии в целом. В течение 15 лет в психоневрологическом отделении ГБУ РО «ОДКБ» осуществляются многоуровневые инъекции препаратов БТА детям страдающим ДЦП. В 2019 г. осуществлено введение препаратов ботулинического токсина типа А (преимущественно препарата «Диспорт») в психоневрологическом отделении – 94 пациентам – в возрасте с 2-х до 12 лет (средний возраст – 6,8 лет), из них – 40 детей – I уровень GMFCS, 16 детей – II уровень, 24 детей – III уровень, 10 детей – IV уровень, 4 ребенка – V уровень. Детям проводились многоуровневые инъекции, дозировки подбирались индивидуально, суммарная доза для препарата «Диспорт» не превышала 30 мг/кг веса. 45 детям инъекции проводились регулярно с 2-х летнего возраста в течение 5 лет – это дети с I и II уровнем по GMFCS, среднее число инъекций составило 6,8 за период наблюдения. Инъекции чаще проводились под контролем УЗИ. Контрольную группу составили дети, страдающие ДЦП, не получающие ботулинотерапию – 36 детей. Средний возраст детей в контрольной группе, которые нуждались в проведении оперативного вмешательства по поводу улучшения походки составил 7,5±1,5 года. В группе детей, регулярно получавших инъекции ботулотоксинов средний возраст для оперативной хирургической коррекции составил 10,8±1,7 лет, что значительно уменьшило частоту повторных оперативных вмешательств в связи с рецидивом нарушений походки и способствовало улучшению резуль-

татов лечения. Вышеизложенные данные позволяют считать многоуровневые инъекции препаратов ботулинического токсина типа А оптимальными в лечении спастичности у детей, страдающих ДЦП с целью профилактики вторичных ортопедических осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Бояков Д.Ю., Зотова Л.А., Селезнев С.В.

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова,
г. Рязань

Цель. Оценить клинико-демографическую характеристику, функциональный статус, психо-эмоциональный и ментальный статус, сосудистую жесткость, состояние сосудов нижних конечностей у пациентов, госпитализированных в кардиологический стационар.

Материалы и методы. Пациенты, госпитализированные в феврале и марте 2020 года в ГБУ РО «Областной клинический кардиологический диспансер» в возрасте 60 лет и старше, подписавшие информированное согласие. Проведено комплексное гериатрическое обследование, дополнительно оценка лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ), сердечно-лодыжечного сосудистого индекса (CAVI) на аппарате VaSera VS-1500N с анализом расчетного возраста артерий.

Результаты. В исследование включено 50 пациентов (62% женщины, 38% мужчины). Средний возраст 74,84±7,68 лет. 48% имеют инвалидность. Курят 24%, алкоголь регулярно употребляют 16%. Среднее количество наименований используемых лекарственных препаратов – 5,5±1,81. Индекс массы тела (ИМТ) менее 25 кг/м² у 22%, ИМТ 25-29,9 кг/м² у 38%, ИМТ 30-34,9 кг/м² у 24%, ИМТ 35-39,9 кг/м² у 12%, ИМТ≥40 кг/м² у 4%. Средняя окружность талии у женщин 102,45±10,91 см, у мужчин 104±12,4 см. Средний процент содержания жировой ткани у мужчин (по уравнению косвенной оценки Deurenberg) – 34,74±4,17%, у женщин – 47,1±6,97%. Ежедневную физическую активность имеют 62%. Хроническую боль не испытывают 34%, периодически испытывают 52%, постоянно испытывают – 14%. Принимают обезболивающие: реже 1 раза в неделю 14%, 1 раз в неделю 16%, 2-3 раза в неделю 12%, 3-4 раза в неделю 2%, ежедневно 8%. Вероятные когнитивные нарушения по данным краткой шкалы оценки психического статуса MMSE у 36%, по результатам прохождения теста рисования часов у 30%. По результатам гери-

атрической шкалы депрессии вероятная депрессия выявляется у 40%. Индекс Бартела: нет зависимости в повседневной жизни у 76%, легкая зависимость у 16%, умеренная зависимость у 6%, выраженная зависимость у 2% пациентов. Повседневная инструментальная активность по шкале IADL: снижение у 22% пациентов. Краткая шкала оценки питания MNA: не имеют проблем с питанием 74%, опасность недоедания у 24%, недостаточность питания у 2%. Средняя скорость ходьбы в обычном темпе: 60-69 лет $0,99 \pm 0,22$ м/с, 70-79 лет $0,88 \pm 0,26$ м/с, 80 лет и старше $0,66 \pm 0,27$ м/с. Результаты теста «Встань и иди»: риск падений у 34%. Результаты визуально-аналоговой шкалы самооценки состояния здоровья $53,88 \pm 18,43$ мм. По итогам скрининга «Возраст не помеха» «хрупкими» были признаны 38%. Расчетный возраст артерии на аппарате VaSera VS-1500N определен у 24 пациентов. Расчетный возраст артерий совпадает с паспортным у 7 обследованных пациентов, расчетный возраст артерий больше паспортного возраста у 9 обследованных пациентов, меньше паспортного у 5 человек. У 14 из 24 пациентов, прошедших обследование ЛПИ 1,00-1,25, у 7 ЛПИ 0,9-1,00, у 2 ЛПИ менее 0,9; у 1 пациента ЛПИ более 1,3. Значение САVI меньше 9,0 выявлено у 6 пациентов из 24.

Выводы. Больше половины пациентов физически активны ежедневно (62%). Хроническую боль периодически испытывают 52%, постоянно испытывают 14%. Ни разу за год не вызывали врача на дом 52%, «Скорую медицинскую помощь» – 28%. Вероятные когнитивные нарушения выявляются у 36% (MMSE), у 30% (тест рисования часов). Вероятная депрессия у 40%. Зависимость в повседневной жизни разной степени у 24%, снижение повседневной инструментальной активности у 22%. Проблемы с питанием у 26%. Риск падений у 34%. Снижение способности выполнения основных функций – 20%. «Хрупкими» были признаны 38% пациентов. Сосудистый возраст меньше паспортного – у 5 из 24 человек. Заболевания периферических артерий у 2 пациентов из 24, у одного пациента кальцифицированные, не сжимаемые артерии нижних конечностей.

ЯВЛЕНИЯ ГИПОКОАГУЛЯЦИИ ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ

Брызгалов А.Д., Поляков А.С.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить изменения свертывающей системы крови при заболеваниях щитовидной железы.

Материалы и методы. Анализ истории болезни пациента, находящегося на лечении в клинике факультетской терапии ВМедА им. С.М. Кирова, анализ медицинской литературы.

Результаты и обсуждение. Заболевания печени характеризуется нарушением белково-синтетической функции. Отмечается уменьшение количества циркулирующих тромбоцитов, обусловленное их сниженной продукцией и коротким периодом полувыведения из-за спленомегалии.

На кафедре ФТ бригадой СМП госпитализирована женщина 58 лет с жалобами на ощущение перебоев в работе сердца, одышку при минимальной физической нагрузке, тошноту, зуд кожных покровов. Из анамнеза известно, что более 10 лет назад выявлен тиреотоксикоз и узлы ЩЖ, пациентка обследована, рекомендован прием тирозола, терапию не принимала, у эндокринолога не наблюдалась, за последние 3 месяца похудела на 20 кг. С ноября 2019 эпизоды перебоев в работе сердца, учащенное сердцебиение, неоднократно вызывала СМП, при выполнении ЭКГ регистрировался пароксизм фибрилляции предсердий, но от госпитализации отказывалась. 13 января отметила ухудшение состояния, бригадой СМП доставлена в клинику ФТ ВМедА. Установлен диагноз: ИБС, атеросклероз аорты и коронарных артерий, многоузловой токсических зоб, тиреотоксикоз 3 ст. тяжести, тиреотоксическая гепатопатия. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, тахисистолический вариант. Пароксизм неизвестной давности, впервые выявленный. НК 2. ХСН 3 ст. по NYHA.

На УЗИ выявлена диффузно-узловая деформация ЩЖ (правая доля: $29,2 \times 28 \times 56,1$, левая доля: $28,2 \times 29,3 \times 55,6$, неоднородная с множественными локальными образованиями размером от $2,0 \times 2,0$ до $3,6 \times 3,9$ мм). На УЗИ ОБП – гепатомегалия (вертикальный размер правой доли печени 180 мм, левой доли 90 мм), в брюшной полости свободная жидкость в объеме 1-1,5 л. В клиническом анализе крови тромбоциты на нижней границе нормы. В биохимическом анализе крови определяется гипопротейнемия, повышение общего и прямого билирубина, ЩФ. Увеличение содержания билирубина в крови может обуславливаться поражением паренхимы печени, нарушением печеночной секреции конъюгированного билирубина в желчь. Удлинение АЧТВ (более 35 с) отражает дефицит плазменных факторов (кроме VII и XIII) и указывает на преобладание гипокоагуляции. Повышенное АСТ (41,8 МЕ/л) указывает на тяжелое поражение гепатоцитов. Изменение активности ГГТ (повышение 69 МЕ/л при норме до 20 МЕ/л) в сыворотке является признаком гепатотоксичности. Была проведена инфузионная, метаболическая, антиаритмическая, гепатопротективная терапия, также терапия НМГ. На этом фоне пациент

отметил улучшение самочувствия, в удовлетворительном состоянии выписан под наблюдение кардиолога и эндокринолога.

Выводы. Несмотря на наличие тиреотоксикоза и поражением печени в анамнезе, существующие компенсаторные механизмы стабилизируют систему свертывания крови. Синтетическая дисфункция и нарушенное производство белка происходят в прокоагулянтных и в антикоагулянтных белках, тем самым уравновешивая друг друга. Это компенсаторное восстановление равновесия позволяет даже пациенту с прогрессирующим заболеванием печени оставаться в относительно сбалансированном состоянии гемостаза.

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОСТАЗА ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ

Брызгалов А.Д., Поляков А.С.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучение системы гемостаза больных с тиреотоксикозом.

Материалы и методы. Анализ научных публикаций с клиническими исследованиями и статистическими данными оценки влияния тиреотоксикоза на систему гемостаза.

Результаты и обсуждение. Уровень тиреоидных гормонов – фактор, влияющий на свертывающую систему крови. Большое внимание уделяется увеличению клиренса большинства факторов гемостаза и снижению фибринолитической активности у больных ТТ и гипертириозом. Щитовидная железа – это контролируемая гипоталамо-гипофизарной системой железа внутренней секреции, синтезирующая гормоны трийодтиронин (Т3) и тетраiodтиранин (Т4). При снижении концентрации тиреоидных гормонов под действием протеазы лизосом происходит высвобождение Т3 и Т4. Гормоны связываются с ядерными рецепторами тиреоидных гормонов и активируют или подавляют транскрипцию гена. При исследовании действия Т3 на регуляцию в культуре клеток НерG2 обнаружено его стимулирующее воздействие на выработку протромбина, ангиотензиногена, фибриногена, и угнетающее – на выработку плазминогена. В 1913 г. Kaliebe описал случай церебрального венозного тромбоза у пациента с гипертиреозом, впервые связав эти заболевания. Частым осложнением тиреотоксикоза является фибрилляции предсердий и острый ишемический инфаркт головного мозга. Гемостаз – это совокупность реакций, направленный на остановку кровотечения и/или восстановления кровотока при повреждении

сосудистой стенки. Нормальное состояние кровотока обеспечивается динамическим равновесием между свертывающей, противосвертывающей и фибринолитической системами. Различают сосудистотромбоцитарный и коагуляционный гемостаз. Суть последнего заключается в образовании прочного фибринового тромба за счет перехода растворимого фибриногена в нерастворимый фибрин. В процессе принимают участие факторы XII, XV, XIV, XI, VIII, IV, V, X. Через 2-3 ч тромб сжимается и стягивает края раны. Одновременно с началом ретракции кровяного сгустка начинается его рассасывания под воздействием фибропластина. Большинство плазменных факторов свертывания крови образуется в печени под воздействием витамина К. Установлено, что длительное повышение активности тиреоидных гормонов характеризуется значительным потреблением зависимых от витамина К факторов свертывания крови II, VII, X. В результате у пациентов с ТТ развивается коагулопатия потребления. Доказана связь между низким уровнем Т3 с функцией тромбоцитов у пациентов с нефротическим синдромом (НС). Основным механизмом снижения циркулирующего Т3, является снижение активности фермента 5'-монодеиодиназы, который преобразует Т4 в Т3. Исследования показали, что 24-часовой белок мочи у пациентов со сниженным Т3 был выше, а сывороточный альбумин-ниже. За счет снижения концентрации Т3 снижается катаболизм белка, что приводит к снижению базальной скорости метаболизма. Такие пациенты имели аномальную активацию и повышенную агрегацию тромбоцитов.

Выводы. Система коагуляции находится под непосредственным влиянием гормонов ЩЖ. Дисфункция ЩЖ влияет на баланс между коагуляцией и фибринолизом, увеличивая риск развития тромбозов при гипертиреозе и кровотечений при гипотиреозе.

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ В ПОЗВОНОЧНИКЕ: ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ

Бубнова Е.В.

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

Цель исследования. Оценить патологические изменения в позвоночнике при выполнении магнитно-резонансной томографии у пациентов с болевым синдромом в позвоночнике.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 2158 историй болезни пациентов, проходивших обследование и лечение в клиниках ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России с декабря 2009 г. по декабрь 2019 г.

Результаты и обсуждение. Болевой синдром в позвоночнике является одним из наиболее распространенных состояний в структуре обращаемости за медицинской помощью в мире, по статистике приблизительно треть населения страдает периодическими болями в позвоночнике. В нашем исследовании у 1816 пациентов в анамнезе отмечался болевой синдром в позвоночнике. Всем этим пациентам была выполнена магнитно-резонансная томография (МРТ) в трех плоскостях, с получением T1 и T2 взвешенных изображений (ВИ), в том числе с использованием программы жироподавления: 386 пациентам была выполнена МРТ шейного, 210 пациентам – грудного и 1220 пациентам – поясничного отделов позвоночника.

Этиологически болевой синдром в позвоночнике может быть разделен на 2 группы: 1. боли, патогенетически связанные с патологическими изменениями в позвоночнике (вертеброгенные боли); 2. боли неverteброгенного характера. При выполнении МРТ позвоночника достоверно можно установить этиологию вертеброгенного характера болевого синдрома в позвоночнике. Вертеброгенные боли могут возникать при различных видах дегенеративно-дистрофических изменений; травматических изменениях; онкологических процессах; остеопорозе; аномалиях развития позвонков; воспалительных изменениях. При анализе заключений магнитно-резонансного исследования было выявлено, что у большинства пациентов болевой синдром в позвоночнике обусловлен различными вариантами дегенеративно-дистрофического поражения позвоночника – у 90,25% (1639 из 1816) были выявлены признаки остеохондроза, спондилоартроза, спондилеза, грыжи дисков (в том числе с невральная компрессией), нарушения статики, спондилолистезы, в том числе с развитием вторичных стенозов позвоночного канала. У 3,7% пациентов (67 из 1816) отмечалось травматическое повреждение позвоночника (в первую очередь компрессионные переломы тел позвонков). Среди онкологических процессов: в 0,9% случаев (17 из 1816) было выявлено вторичное поражение позвоночника, а в 1,2% (22 из 1816) – первичный опухолевый процесс позвонков, образования нервных корешков и спинного мозга. Аномалии и варианты развития позвоночника (конкресценции, бабочковидные позвонки, переходные позвонки, менингоцеле) были выявлены у 3,5% пациентов (у 63 из 1816). Воспалительные процессы (спондилиты, в том числе туберкулезные, а также спондилоциститы, эпидуриты) отмечались у 2,1% (38 из 1816) пациентов.

В тоже время болевой синдром в позвоночнике может иметь невертеброгенный характер (например, миофасциальный болевой синдром, психогенные боли, отраженная боль при заболеваниях внутренних органов), выявление причин которого затруднено при выполнении магнитно-резонансной томографии.

Выводы. Проведенный анализ историй болезни пациентов с болевым синдромом в позвоночнике, находившихся на лечении в клиниках ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова МЗ РФ свидетельствует о высокой степени выявляемости патологических изменений при магнитно-резонансной томографии у пациентов с вертеброгенным характером болевого синдрома.

ПЕРВИЧНАЯ МУТАЦИЯ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ А30К У АРВТ-НАИВНОГО ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

Валутите Д.Э., Останкова Ю.В., Семенов А.В.
Санкт-Петербургский научно-исследовательский
институт эпидемиологии и микробиологии
имени Пастера,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Выявить мутации фармакорезистентности вируса гепатита С у пациента без предшествующей терапииПППД.

Материалы и методы. В работе использован образец крови от 1 пациента с хроническим вирусным гепатитом С, ранее не получавшим лечения препаратами прямого противовирусного действия. Выполнено определение вирусной нагрузки вируса гепатита С с применением набора «АмплиСенс HCV-Монитор-FL» согласно инструкции производителя. Выполнено генотипирование вируса с применением набора «АмплиСенс HCV-генотип-FL» согласно инструкции производителя. Получены нуклеотидные последовательности трех регионов (NS3, NS5a, NS5b), ассоциированных с мутациями резистентности для каждого образца.

Результаты и обсуждения. Вирусная нагрузка пациента составила $5,8 \times 10^5$ коп/мл. Генотип вируса-3a. В результате анализа регионов NS3, NS5A, NS5B была выявлена мутация резистентности. У пациента обнаружена аминокислотная замена аланина на лизин в 30 положении в регионе NS5a. Данная мутация является причиной снижения чувствительности вируса в отношении препаратов Даклатасвир, Элбасвир, Ледипасвир.

После регистрации в Российской Федерации, комбинированная терапия хронического вирусного гепатита препаратами софосбувир+даклатасвир стала схемой выбора в качестве первой линии терапии. Однако, существует когорта пациентов, изоляты вирусов которой имеют в структуре своих генов мутации, обуславливающие лекарственную устойчивость к данным препаратам.

Выводы. У наивных в отношении лечения ПППД пациентов так же вероятно наличие нуклеотидных замен в трех регионах, приводящие к отсутствию ответа на терапию. Таким образом, проведение анализа на резистентность ВСГ к ПППД перед назначением терапии позволит адекватно назначить последнюю.

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Варавин Н.А., Тарасов В.А.,
Харитонов М.А., Локшина Т.Р.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценка структурно-функциональных показателей, отражающих характер ремоделирования сердца у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) с целью выявления наиболее «чувствительных» показателей правожелудочковой дисфункции сердца.

Материалы и методы. В исследование включены 60 пациентов (преимущественно мужского пола), средний возраст которых $63,4 \pm 6,8$ лет, находившиеся на стационарном лечении в I клинике терапии усовершенствования врачей Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в период с сентября 2019 г. по март 2020 г. Пациентов разделили на две группы: I – исследуемая, с ХОБЛ ($n=30$), и II – контрольная – пациенты, сопоставимые по возрасту без наличия ХОБЛ ($n=30$). В ходе госпитализации всем пациентам проводились следующие исследования: ЭХО-КГ с акцентом на оценку систоло-диастолических показателей правого желудочка – систолическая экскурсия плоскости трикуспидального клапана (TAPSE) в M режиме, пиковая систолическая скорость движения трикуспидального клапана (S' ПЖ), фракцию изгнания площади правого желудочка (ФИППЖ) определяли по методу Kaul (ФВПЖ = $3,2 \times \text{TAPSE}$), расчетную фракцию выброса ПЖ определяли по способу Соколова А.А. и соавт., максимальное систолическое

давление в легочной артерии (СДЛА), отношение систолической экскурсии плоскости трикуспидального клапана к систолическому давлению легочной артерии (TAPSE/СДЛА), отношение пиковых скоростей раннего и позднего диастолического наполнения транстрикуспидального кровотока в импульсно-волновом режиме (PW) стандартной ЭхоКГ ($E/A_{\text{ПЖ}}$), отношение пиковой скорости раннего диастолического наполнения транстрикуспидального кровотока к раннему диастолическому подъему основания правого желудочка ($E/E'_{\text{ПЖ}}$).

Результаты обрабатывались с помощью пакета статистических программ «Statistica 10». Для всех имеющихся выборок проводился анализ соответствия вида распределения количественных признаков закону нормального распределения с помощью критерия Шапиро-Уилка. В случае, если распределение признаков в группах соответствовало нормальному закону распределения, для сравнения групповых средних использовался параметрический t-критерий Стьюдента. В противном случае сравнительный анализ групп проводился с помощью непараметрических методов. Уровень статистической значимости принят при вероятности ошибки менее 0,05.

Результаты обсуждения. При сравнении эхокардиографических показателей, отражающих функции ПЖ, выявлено значимое снижение показателя систолической функции ПЖ – TAPSE ($16,64 \pm 4,0$ мм; $p=0,043$), а также более высокие показатели СДЛА ($49,55 \pm 6,0$ мм рт. ст.; $p=0,023$) в исследуемой группе. Показатель, характеризующий правожелудочковое артериальное сопряжение – TAPSE/СДЛА оказался достоверно сниженным по сравнению с группой контроля ($0,36 \pm 0,05$; $p=0,01$). Показатель S' ПЖ имел достоверную тенденцию к регистрации в более низких значениях ($12,57 \pm 1,87$, $p=0,026$).

Расчетные показатели ФВ ПЖ ($49,27 \pm 9,23$; $p=0,021$) и ФИППЖ ($55,58 \pm 7,16$; $p=0,01$) в группе обследуемых, также показали достоверное снижение по сравнению с группой контроля.

В основной группе больных ХОБЛ выявлена склонность к увеличению индекса функции миокарда ПЖ (индекса Tei) ($0,76 \pm 0,42$; $p=0,43$). Более высокий индекс Tei, по нашему мнению, верифицировался из-за роста времени изоволюметрического расслабления, что связано с замедлением скорости расслабления правого желудочка и замедленным снижением давления в нем, то есть за счет нарушения релаксации правого желудочка.

В подтверждение диастолической дисфункции правого желудочка в группе больных с ХОБЛ, (по сравнению с пациентами контрольной группы) выявлены значимые изменения показателей при оценке транстрикуспидального потока, указывающие на нарушения его релаксации – $E/A_{\text{ПЖ}}$ ($0,67 \pm 0,02$; $p=0,016$).

Визуализация камер сердца при проведении эхокардиографии у пациентов с ХОБЛ, как известно, часто имеет сложности из-за наличия эмфиземы легких. Поэтому представленный арсенал используемых показателей ПЖ может быть особенно полезен в данной ситуации.

Выводы. У пациентов с ХОБЛ выявлена правожелудочковая систоло-диастолическая дисфункция, при этом наиболее чувствительными показателями ее верификации оказались:

- систолическая экскурсия плоскости трикуспидального клапана (TAPSE);
- пиковая систолическая скорость движения трикуспидального клапана ПЖ (S);
- расчетные показатели фракции выброса ПЖ;
- отношение систолической экскурсии плоскости трикуспидального клапана к систолическому давлению легочной артерии (TAPSE/СДЛА);
- отношение пиковых скоростей раннего и позднего диастолического наполнения транскуспидального кровотока в импульсно-волновом режиме (E/A).

ВЛИЯНИЕ СУКЦИНАТСОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ НА ПОВРЕЖДАЮЩИЕ ЭНДОТЕЛИЙ ФАКТОРЫ У СПОРТСМЕНОВ С ДОКЛИНИЧЕСКОЙ СТАДИЕЙ КАРДИОМИОПАТИИ ПЕРЕНАПРЯЖЕНИЯ

Василенко В.С.¹, Лопатин З.В.², Карповская Е.Б.¹

¹Государственный педиатрический
медицинский университет,

²Северо-западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель. Оценить влияние препарата цитофлавина на эндотелиальную функцию у спортсменов с доклинической стадией кардиомиопатии перенапряжения (ДКС КМПП).

Материалы и методы. По данным плановых контрольных осмотров были отобраны 23 спортсмена игровых видов спорта с повышенным уровнем миокардиального антигена (2 и более ступени), что в соответствии с Пат. №2292046, свидетельствует о ДКС КМПП. Им был назначен препарат цитофлавин в соответствии с дозой, рекомендованной в инструкции (2 таб. 2 раза в сутки, 25 дней). Спортсменам контрольной группы (22 спортсмена) лекарственные препараты не назначались. У спортсменов обе-

их групп электрокардиографические и клинические признаки КМПП не выявлялись, общая физическая работоспособность была высокая, при эхокардиографическом исследовании патологические изменения не установлены. До начала эксперимента и через 1 месяц проводили определение в крови: гомоцистеина (иммуноферментный анализ, тест-система «Axis-Shield»), ФНО- α и ИЛ-8 (иммуноферментный анализ, тест-система ООО «Протеиновый контур»), охLDL (иммуноферментный анализ, тест-наборы «Biomedica»), липидного спектра (энзиматическим методом по конечной точке).

Результаты. На начало исследования уровень повреждающих эндотелий факторов (гомоцистеина, ФНО- α , ИЛ-8, охLDL, ЛПНП) в экспериментальной и контрольной группе статистически значимых различий не имел. При этом уровень гомоцистеина у обследованных спортсменов находился не верхней границе нормы, составляя в экспериментальной и контрольной группах $7,5 \pm 0,7$ и $9,2 \pm 0,9$ мкмоль/л, соответственно. Уровень ФНО- α был также повышен, составляя в экспериментальной и контрольной группах $68,4 \pm 19,3$ и $70,1 \pm 14,2$ пг/мл, соответственно. Уровень охLDL выходил за верхнюю границу референсного интервала, составляя в экспериментальной и контрольной группах $1993,3 \pm 261,2$ и $2158,5 \pm 287,1$ нг/мл, соответственно. На верхней границе нормы в обеих группах находился и уровень ЛПНП – $3,3 \pm 0,3$ и $3,6 \pm 0,4$ ммоль/л. При исследовании через 1 месяц различия между группами по уровню гомоцистеина, ФНО- α , ИЛ-8, охLDL оказались уже статистически значимыми ($p \leq 0,05-0,001$), что было связано со снижением в среднем по экспериментальной группе уровня охLDL до $1342,6 \pm 169,3$ нг/мл ($p \leq 0,05$) и повышением в контрольной группе уровня гомоцистеина до $12,4 \pm 0,5$ мкмоль/л ($p \leq 0,01$), ФНО- α до $113,3 \pm 9,8$ мкмоль/л и ИЛ-8 до $54,3 \pm 5,8$ пг/мл ($p \leq 0,05$). В экспериментальной группе спортсменов через 30 дней произошло снижение охLDL на 37,8%, при этом в контрольной группе спортсменов его уровень повысился на 16,4%. Уровень цитокина ИЛ-8 понизился в экспериментальной группе на 33,5%, а в контрольной повысился на 80,3%. Уровень ФНО- α понизился в экспериментальной группе на 16,2%, при повышении в контрольной группе на 61,6%. Уровень гомоцистеина снизился в экспериментальной группе на 9,3%, а в контрольной повысился на 34,7%.

Выводы. 1. После курса цитофлавина у спортсменов с ДКС КМПП происходит снижение охLDL в пределах референсного интервала на фоне повышения за пределы референсного интервала охLDL в контрольной группе спортсменов. 2. Курс цитофлавина у спортсменов с ДКС КМПП предотвращает повышение уровня гомоцистеина, ФНО- α и ИЛ-8, имеющее место в контрольной группе. 3.

Коррекция дисфункции эндотелия отечественным цитопротективным препаратом цитофлавин приводит к снижению уровня повреждающих эндотелий факторов и может быть рекомендована спортсменам на ДКС КМПШ.

ОЦЕНКА ВКЛАДА ОТДЕЛЬНЫХ КОМПОНЕНТОВ НИЗКОЧАСТОТНОГО ДИАПАЗОНА ЛАЗЕРНОЙ ДОПЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Васильев П.В.^{1,2}, Ерофеев Н.П.¹, Шишкин А.Н.¹

¹Санкт-Петербургский государственный университет,

²Городская больница

Святого Великомученика Георгия,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Апробация предлагаемой авторами методики расчета спектральных показателей лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

В ходе работы были обследованы 20 пациентов (9 мужчин и 11 женщин), возрасте 60-74 лет, страдающие сахарным диабетом 2 типа, осложненным хронической болезнью почек стадии С3-С4 (KDIGO). Каждому пациенту выполнялась регистрация ЛДФ-граммы в течение 12 минут. Датчик размещался на подошвенной поверхности стопы в дистальной части первого межплюсневой промежутка. При спектральном анализе полученного сигнала вычислялись амплитуды эндотелиальных, миогенных, нейрогенных, дыхательных и пульсовых флаксмоций. Затем проводился расчет вклада каждого компонента низкочастотного диапазона (эндотелиального, миогенного и нейрогенного) в общую мощность спектра (по стандартной методике) и в общую мощность низкочастотного диапазона (по предлагаемой авторами методике). Впоследствии вычислялись корреляции полученных показателей с величиной расчетной скорости клубочковой фильтрации. Для расчета скорости клубочковой фильтрации использовалась формула СКД-ЕРІ. Для анализа корреляций рассчитывался коэффициент Спирмена.

Как известно из литературных источников, для пациентов с сахарным диабетом характерно прогрессирующее снижение вклада низкочастотного диапазона в общую мощность ЛДФ-спектра, положительно коррелирующее с величиной расчетной скорости клубочковой фильтрации. При анализе взаимосвязи между скоростью клубочковой фильтрации и амплитудами миогенных и нейрогенных

флаксмоций значимых корреляций выявлено не было ($p > 0,05$). Также не были выявлены корреляции между вкладом данных компонентов в общую мощность и величиной расчетной скорости клубочковой фильтрации ($p > 0,05$). Проанализировать показатели эндотелиальных флаксмоций не представилось возможным из-за малого числа наблюдений (выявлены только у семи пациентов). В то же время, при применении методики расчета вклада компонентов низкочастотного диапазона не в общую мощность спектра, а в мощность низкочастотного диапазона, была отмечена отрицательная корреляция для вклада нейрогенных флаксмоций и положительная – для вклада миогенных флаксмоций ($p < 0,05$).

В ходе проведенного исследования выполнена апробация предлагаемой методики оценки компонентов низкочастотного диапазона ЛДФ-спектра. Установлено, что у пациентов с хронической болезнью почек С3-С4 стадии по мере снижения скорости клубочковой фильтрации отмечается снижение вклада миогенных флаксмоций и повышение вклада нейрогенных флаксмоций в общую мощность низкочастотного диапазона амплитудно-частотного спектра ЛДФ-сигнала. Данные изменения могут быть следствием диабетической микроангиопатии. Как известно, при данной патологии происходит поражение гладкомышечных элементов в среднем слое стенки артериол и венул. Патологический процесс затрагивает в том числе миоциты-пейсмекеры, что приводит к нарушению паттерна базального тонуса сосудов. Предлагаемая методика позволяет отслеживать данные изменения, что расширяет возможности лазерной доплеровской флоуметрии в диагностике и мониторинге микроциркуляторных нарушений у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта №19-315-90080.

ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА СТАТИЧЕСКУЮ И ДИНАМИЧЕСКУЮ ВЫНОСЛИВОСТЬ

Васильева В.А., Марченкова Л.А.

Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии,
Москва

Цель. Оценить изменение выносливости к статической и динамической нагрузке, оценить силу конечностей на фоне снижения веса у пациентов с ожирением.

Материалы и методы. Обследовано 72 пациента в возрасте от 21 до 69 лет. Длительность заболевания составила более 5 лет. Вес (В), индекс массы тела (ИМТ), объем талии (ОТ), объем бедер (ОБ), скорость ходьбы (СХ), оценка выносливости к статической нагрузке мышц живота (СМЖ) и спины (СМС), оценка выносливости к динамической нагрузке мышц живота (ДМЖ) и спины (ДМС), тест «Встань и иди», скорость ходьбы (СХ) оценивались перед лечением (ПЛ) и через 21 день после окончания лечения (ОЛ). Средний возраст пациентов составил $52,4 \pm 11$ лет. Исходный вес составил $111,3 \pm 24,5$ кг, ИМТ составил $40,3 \pm 8,1$ кг/м², ОТ составил $113,4 \pm 16$ см, ОБ составил $124,2 \pm 16$ см. Функциональные тесты проводились всем пациентам. Для этого они проходили стандартное расстояние – 6 метров по ровной поверхности. Время засекалось с помощью секундомера. Оценка выносливости к статической нагрузке проводилась при помощи теста с удержанием тела до отказа, выносливость к динамической нагрузке исследовалась при помощи выполнения тестов в среднем темпе до отказа от нагрузки. Статическая нагрузка определялась с помощью секундомера, динамическая нагрузка определялась путем подсчета количества выполненных действий. Тест «Встань и иди» оценивался при подъеме пациента со стула, прохождения стандартного расстояния 3 м, возвращения обратно и вновь садиться. Статистическая обработка проводилась в программе Statistica 10.0.

Результаты исследования. Наблюдалось значительное снижение массы тела ($111,3 \pm 24,4$ кг исходно против $107,9 \pm 23,1$ кг за 3 недели; $p=0,000$), ИМТ ($40,3 \pm 8,1$ против $39,1 \pm 7,7$ кг/м²; $p=0,000$), ОТ ($113,4 \pm 15,9$ против $109,2 \pm 15,1$ см; $p=0,000$), ОБ ($124,1 \pm 15,5$ против $119,7 \pm 14,1$ см; $p=0,000$) у пациентов с ожирением. Скорость ходьбы на 10 метров увеличилась с $0,84 \pm 0,15$ м/с исходно до $0,88 \pm 0,17$ м/с за 3 недели ($p=0,000$). Результаты теста «Встань и иди» улучшились с $8,4 \pm 2,1$ соответственно $7,9 \pm 2,09$ с ($p=0,000$). Мы выявили статически значимое повышение выносливости к статической нагрузке мышц живота с $13,1 \pm 9,7$ до $16,49 \pm 12,8$ с ($p=0,000$), а также в мышцах спины с $14,8 \pm 11,9$ до $18,6 \pm 14,9$ с ($p=0,000$). Выносливость к динамической нагрузке увеличилась в мышцах живота с $29,9 \pm 11,2$ до $34,84 \pm 11,93$ раз ($p=0,000$), а также в мышцах спины с $9,1 \pm 7,4$ до $12,2 \pm 9,2$ раза ($p=0,000$). Значительно уменьшилось число падений с $0,14 \pm 0,34$ исходно до $0,0$ (95% ДИ: 0,02; 0,25) после окончания лечения.

Выводы. Снижение массы тела у пациентов с ожирением ассоциируется с увеличением скорости ходьбы, улучшение выносливости к статическим и динамическим нагрузкам и увеличивает силу конечностей, что увеличивает устойчивость и снижает риск падений.

ИЗМЕНЕНИЕ СОСТАВА ТЕЛА НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ

Васильева В.А., Марченкова Л.А.

Национальный медицинский исследовательский
центр реабилитации и курортологии,
Москва

В настоящее время для эффективного лечения морбидного ожирения принято считать бариатрическую хирургию. Осознавая все риски послеоперационных осложнений, пациенты не всегда готовы к лечению этим методом. Поэтому, целесообразно разработать и использовать программы совместного применения медикаментозных и немедикаментозных методов.

Цель предоставления клинического случая заключается в описании изменения состава тела и изменения массы тела на фоне применения комплекса медикаментозного и немедикаментозного лечения морбидного ожирения.

Описание: в ФГБУ «НМИЦ РК» МЗ РФ обратилась пациентка М., 50 лет с диагнозом: Морбидное ожирение. Жалобы: на избыточную массу тела, периодические боли в коленных суставах. Анмнез: впервые избыточная масса тела стала беспокоить после родов, в 1985 г. Ожирение диагностировано в 2000 г. Самостоятельные попытки снижения веса – без эффекта. Ранее у специалистов не наблюдалась. От проведения бариатрической операции отказалась. При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 164 см, масса тела 164 кг, ИМТ 60,9 кг/м², окружность талии (ОТ) 143 см, окружность бедер (ОБ) 162 см, артериальное давление (АД) 130/90 мм рт.ст., частота сердечных сокращение (ЧСС) 72 ударов в минуту. При обследовании: общий анализ крови, общий анализ мочи – без патологических изменений, лептин 91,4 нг/мл. Биоимпедансометрия (БИМ): жировая масса (ЖМ) 77,1 кг, тощая масса (ТМ) 83,9 кг, скелетномышечная масса (СММ) 39,3 кг, общая жидкость (ОЖ) 61,4 кг, внеклеточная жидкость (ВЖ) 28,1 кг. Пациентке был назначен лираглутид 0,6 мг подкожно (П/К) 1 раз в день, с последующим увеличением дозы на 0,6 мг в неделю до суточной дозы 3,0 мг п/к 1 раз в день и низкокалорийная диета (НКД). Повторно женщина обратилась к эндокринологу через 3 месяца. При осмотре: масса тела 150 кг, ИМТ 55,7 кг/м², ОТ 129 см, ОБ 151 см, АД 120/85 мм рт.ст., ЧСС 80 ударов в минуту. При обследовании: общий анализ крови, общий анализ мочи – без патологических изменений, лептин 31,1 нг/мл. БИМ: ЖМ 71,3 кг, ТМ 75,7 кг, СММ 34,5 кг, ОЖ 55,4 кг, ВЖ 25,1

кг. Женщина продолжала принимать лираглутид 3,0 мг п/к 1 раз в день. Пациентка прошла программу реабилитации: НКД, лечебная гимнастика в бассейне №10, лечебная физкультура в зале №10, горизонтальный велотренажер №10. Нежелательных явлений терапии не отмечено. После завершения курса лечения: масса тела 145 кг, ИМТ 53,9 кг/м², ОТ 120 см, ОБ 145 см, АД 125/85 мм рт.ст., ЧСС 85 ударов в минуту. БИМ: ЖМ 69,1 кг, ТМ 75,9 кг, СММ 34,9 кг, ОЖ 55,6 кг, ВЖ 25,3 кг.

Вывод. Клинический случай демонстрирует эффективность комплексного метода лечения морбидного ожирения с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ КОМОРБИДНОГО ПАЦИЕНТА С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ СТАТИКИ И ХОДЬБЫ

Васильева В.А., Марченкова Л.А.

Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии,
Москва

Лечение сахарного диабета (СД) вследствие панкреатита представляет сложности. При проведении лечения и медицинской реабилитации таких пациентов требуется комплексное обследование и мультидисциплинарный подход.

Целью представления клинического случая является описание опыта комплексного лечения СД вследствие панкреатита в сочетании с нарушениями функции стояния и ходьбы.

Описание клинического случая: В ФГБУ «НМИЦ РК» МЗ РФ для лечения обратилась пациентка И., 53 года, с направительным диагнозом: СД 2 типа. Диабетическая полинейропатия. Нарушение стояния и ходьбы после пункционного дренирования кисты поджелудочной железы, вследствие панкреонекроза.

Жалобы: на невозможность самостоятельно передвигаться, стоять, невозможность самообслуживания.

Анамнез: Сахарный диабет вследствие хронического панкреатита с 2017 г. На диетотерапии. Глюкоза крови по самоконтролю от 6,5 до 8,0 ммоль/л. В мае 2017 г. – острый приступ хронического панкреатита, панкреонекроз с развитием псевдокисты поджелудочной железы 29.06.17 г. – пункционной дренирование кисты поджелудочной железы. 07.08.17 г. – лапаротомия, некрсеквестрэктомия, оментобурсостомия. дренирование панкреонекротической клетчатки, гастроэнтеро- и энтереэнтероаностомоз. В

последствии сформировался панкреатический свищ. С августа 2017 г. пациентка самостоятельно не передвигается, не может стоять даже с опорой, встать с постели. В анамнезе психоэмоциональный стресс. Полное отсутствие способности к самообслуживанию. Передвигается только в инвалидном кресле, что на догоспитальном этапе было расценено как проявление диабетической полинейропатии.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное, рост 163 см, вес 80 кг, ИМТ 30,1 кг/м², артериальное давление 118/68 мм рт.ст. При обследовании: клинический анализ крови, общий анализ мочи – без патологических изменений, МРТ грудно-поясничного отдела позвоночника – дегенеративно-дистрофические изменения пояснично-крестцового отдела позвоночника, ротационный левосторонний сколиоз 1 ст. Спондилоартроз. Уровень HbA1c 6,5%, глюкозы натощак 6,7 ммоль/л, через 2 часа после еды 8,1 ммоль/л. Пациентка осмотрена неврологом, психиатром, эндокринологом.

Выставлен диагноз: Сахарный диабет вследствие панкреатита. Непролиферативная диабетическая ретинопатия. Индивидуальный целевой уровень гликированного гемоглобина менее 6,5%. Ожирение I ст. Диффузный эутиреоидный зоб (1 ст по ВОЗ). Хронический панкреатит, состояние после перенесенного оперативного лечения от сентября 2017 г. Псевдокиста хвоста поджелудочной железы. Неалкогольная жировая болезнь печени. Астено-невротический синдром. Остеохондроз грудного отдела позвоночника. Гемангиома тела Т12 позвонка. Гипертоническая болезнь 2 ст, 3 ст, риск ССО 4. Функциональный парез. Нарушение двигательной функции стояния и ходьбы. Смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства, являющиеся основной причиной нарушения функции ходьбы и стояния. Реабилитационный прогноз высокий.

Назначена фармакологическая терапия: эсциталопрам 10 мг утром, фенибут 250 мг – 3 раза в день. Пациентка прошла индивидуальную программу реабилитации: лазеротерапия на область подколенной ямки №10, лечебная гимнастика в зале №10, массаж нижних конечностей №10, капитан №10, спелеокамера №10, вихревые ножные ванны №10. Нежелательных явлений терапии не отмечено. Данные после завершения курса лечения: глюкоза крови 5,6 ммоль/л – натощак, 7,1 ммоль/л – через 2 часа после еды, пациентка стала самостоятельно передвигаться в пределах палаты при помощи ходунков – 30-50 шагов, увеличилась мышечная сила нижних конечностей, появилась способность к самообслуживанию (пациентка самостоятельно посещает туалет, может принимать душ при помощи опоры).

Вывод. Клинический случай демонстрирует возможности комплексного лечения коморбидно-

го пациента с использованием немедикаментозных методов и фармакотерапии при СД в сочетании со смешанными диссоциативными (конверсионными) расстройствами, явившимися причиной нарушения функции ходьбы и стояния.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПОДХОДЫ В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Васильева Л.В., Евстратова Е.Ф., Толстых Е.М.,
Золотарева М.А., Сулова Е.В.

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

Цель исследования. Применить мультидисциплинарный подход в лечении больных с остеоартритом (ОА) коленных суставов с использованием комбинации реабилитационных и медикаментозных методов. Оценить безопасность и эффективность данной схемы терапии.

Материал и методы. 26 пациентов (20 женщин и 6 мужчин) 58,2±2,2 лет (основная группа 1), страдающих ОА коленных суставов, осложненного болевым синдромом получали 3-х месячные регулярные физические нагрузки в комбинации с курсами лазеротерапии в условиях реабилитационного центра. Для эффективного восстановления хряща схема дополнялась медикаментозной терапией включающей сульфатированные формы глюкозамина (200,0 мг) и хондроитина (200,0 мг) (препарат КОНДРООНОВА) по 2 капсулы 2 раза в сутки 60 дней. Через 2 месяца, пациенты принимали препарат по 1 капсуле 2 раза в сутки еще в течение 30 дней. Контрольная группа больных (группа 2), сходных по возрасту и стадии заболевания принимала только сульфатированные формы глюкозамина и хондроитина. Пациентам обеих групп до лечения подтвердили наличие ОА коленных суставов I-II рентгенологической стадией по Kellgren (клинико-рентгенологические критерии, ACR, 1990), используя ультразвуковые и МРТ методики. В обеих группах оценили динамику боли и функциональные способности в суставах. Для этого исследовали скорость ходьбы 15 м в секундах, изменение показателя боли в суставах с использованием функциональный индекса WOMAC мм в динамике лечения на 10-16 день, на тридцатый день и через три месяца. Результаты лечения в группах сравнили с помощью программу Statistica 2006. За достоверность принимали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Оценка итогов лечения наглядно продемонстрировала эффективность комплексного мультидисциплинарного подхода в терапии пациентов. Так в группе 1, получавшей длительные физические нагрузки, курсы лазеротерапии и сульфатированные формы глюкозамина и хондроитина уже на 10 день уменьшилось время ходьбы на 15 метров с 15,2±3,6 секунд до лечения до 12,6±2,8, через 30 дней значения были 11,1±2,2, через 3 месяца – 10,08±1,9. Функциональный индекс WOMAC до лечения был 115,4±3,77, через 10 дней снизился до 79,0±1,29, через тридцать дней значения составили – 71,4±2,84, через 90 дней – 61,4±2,84, $p < 0,05$. В группе 2, пролеченной только сульфатированными формами глюкозамина и хондроитина так же отмечалась положительная динамика выше – перечисленных показателей, но в поздние сроки и не столь значимая. Так время ходьбы на 15 метров до лечения в группе составило 14,9±3,2 и только через три месяца оно достоверно уменьшилось до 11,88±1,9 секунды. Функциональный индекс WOMAC до лечения был – 126±4,92, через тридцать дней изменения недостоверные – 121, 2±3,48, и на 90 день отмечена существенная достоверная динамика – 82,65±3,48, $< 0,05$. Однако при сравнении с группой 1 значения были существенно хуже, $< 0,05$.

Выводы. Таким образом, анализ, полученных результатов лечения в группах продемонстрировал эффективное преимущество мультидисциплинарного подхода лечения больных с ОА с применением медикаментозных и немедикаментозных методов лечения перед только медикаментозным методом. Что позволяет рекомендовать данную схему к применению врачам, осуществляющим амбулаторную практику.

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ СТАЖА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И НАЛИЧИЕ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ КАК ПРЕДИКТОРЫ НИЗКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

Вербих Т.Э.

Тюменский государственный
медицинский университет,
г. Тюмень

Цель исследования. Церебральный инсульт занимает второе место в структуре летальности от болезней системы кровообращения в Российской Федерации. Применение высокоэффективных мето-

дов реперфузии в первые часы заболевания позволяет предотвратить развитие необратимого повреждения вещества головного мозга либо уменьшить его объем, т.е. минимизировать степень выраженности остаточного неврологического дефицита. Согласно рекомендациям Европейской инсультной организации и Американской инсультной ассоциации, системная тромболитическая терапия (ТЛТ) является наиболее эффективным методом лечения ишемического инсульта в первые 4,5 часа от начала развития заболевания. При этом положительная динамика с уменьшением балла по шкале инсульта NIHSS на 4 и более балла расценивается как значительное улучшение. Цель нашей работы заключалась в установлении предикторов высокой и низкой эффективности проведения процедуры.

Материалы и методы. Нами проанализировано 234 истории болезни пациентов (87 женщин и 147 мужчин) в возрасте от 34 до 83 лет (средний возраст $67,1 \pm 4,17$) с ишемическим инсультом, которым была проведена ТЛТ, в исследование не включались пациенты с летальным исходом. Сравнительный анализ возможных определяющих факторов проводился на основе данных анамнеза; объективных, клинических и инструментальных данных при поступлении; оценки тяжести инсульта по шкале NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) дважды (при поступлении и в динамике при выписке), оценки степени инвалидизации по шкале Рэнкин до инсульта и при выписке, а также путем сравнения динамики последних двух показателей.

Результаты и обсуждение. В результате проведения ТЛТ у 167 пациентов (71,3% от общего количества) было достигнуто клиническое улучшение с уменьшением балла по шкале инсульта NIHSS на 4 и более балла. Выписаны с отрицательной динамикой в виде нарастания неврологического дефицита в следствие осложнений 24 человека (10,2%). При корреляционном анализе выявлена отрицательная зависимость между длительностью временного периода от момента развития первых симптомов инсульта до поступления в стационар и степенью улучшения неврологических функций ($r = -0,321$), что соответствует литературным данным. При оценке влияния уровня артериального давления у пациентов на фоне проведения ТЛТ обращает на себя внимание не только зависимость благоприятного исхода от показателей АД в момент начала введения rt-PA (алтеплаза) ($r = -0,298$), но и от показателей АД в момент развития первых симптомов заболевания ($r = -0,352$). Наличие длительного стажа артериальной гипертензии (более 10 лет) отрицательно коррелирует с уровнем восстановления функций после ТЛТ ($r = -0,311$). Абдоминальное ожирение (отношение окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ) у мужчин более 0,9

и более 0,85 у женщин) в большей степени, чем показатель индекса массы тела, неблагоприятно сказывается на восстановлении функций на фоне лечения ($r = -0,211$ соответственно).

Выводы. Таким образом, для улучшения результатов при проведении системной тромболитической терапии необходимо стремиться к максимальному сокращению времени от начала заболевания до начала лечения. Длительный стаж артериальной гипертензии и наличие абдоминального ожирения в анамнезе могут быть ассоциированы с худшим прогнозом. Стабильный уровень артериального давления способствует более высокой безопасности и эффективности данного метода лечения при ишемическом инсульте.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ ПРИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ФИБРОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ

Вережкина Е.А.¹, Шевелева М.А.¹, Сердюков С.В.²

¹Санкт-Петербургский государственный университет,

²Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить эндоскопические особенности и распространенность заболеваний верхних отделов ЖКТ у больных многопрофильного стационара, которым проводилась фиброгастроудоденоскопия.

Материалы и методы. В исследование методом сплошной выборки включены 41 пациент (в возрасте 18 лет и старше), которым во время стационарного лечения в городской многопрофильной больнице выполнена фиброгастроудоденоскопия (ФГДС). Из них 29,3% составили мужчины (средний возраст 40,6 лет) ($n = 12$) и 70,7% – женщины (средний возраст 51,2 лет) ($n = 29$). Основными показаниями для ФГДС являлись: абдоминальный болевой синдром, предоперационное обследование.

Результаты и обсуждение. Выделено два основных варианта эндоскопической картины верхних отделов ЖКТ: с наличием и отсутствием органических изменений. Среди органических заболеваний встречались: эрозивные поражения слизистой оболочки желудка – у женщин в 3,4%, у мужчин в 25%. Гастроэзофагеальный рефлюкс с эрозивным эзофагитом у женщин в 6,9% случаев, у мужчин – 16,7%. Хронические язвы ЖКТ у женщин в 6,9% случаев,

у мужчин в 16,7%. Скользящая грыжа пищеводного отверстия чаще наблюдалась у женщин (37,9%), чем у мужчин (16,7%). Признаки хронического атрофического гастрита были выявлены у женщин в 20,7%, у мужчин в 16,7% (все случаи наблюдались в возрасте старше 55 лет). К эндоскопической картине с отсутствием органических изменений отнесена эритематозная гастропатия, которая обнаружена у женщин в 51,7% случаев, у мужчин в 33,3%. В 3,4% случаев патологии на ФГДС у женщин не выявлено.

Выводы. При плановой ФГДС, вне зависимости от основного заболевания, у 36,6% больных выявлены эрозивные или язвенные поражения пищевода или желудка, что в целом определяет значительные риски осложнений со стороны ЖКТ во время стационарного лечения. В данной группе отмечается значительное преобладание мужчин. С другой стороны, у 46,3% (преимущественно женщин) отсутствуют значимые изменения слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ, что при наличии соответствующих жалоб может свидетельствовать о функциональных расстройствах.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Вилкова О.Е., Малюгина Н.Н., Бакланова М.С.
Приволжский исследовательский
медицинский университет,
г. Нижний Новгород

Инфаркт миокарда (ИМ), являясь одним из самых тяжелых осложнений ИБС, значительно ухудшает прогноз больных. Влияние факторов риска развития сердечно-сосудистых событий на клиническое течение ИМ, прогноз и исход заболевания многогранно и индивидуально.

Цель. Изучить факторы риска развития инфаркта миокарда без подъема сегмента ST (ИМбпST) и выявить особенности течения заболевания.

Материалы и методы. В исследование включено 65 (73%) мужчин, средний возраст 58 [32; 78] лет и 24 (27%) женщины, средний возраст 64 [42; 78] года с ИМбпST без предшествующего коронарного анамнеза, госпитализированных в специализированный стационар. Проводилась оценка клинического состояния пациентов, степень острой сердечной недостаточности по классификации Killip, наличие остановки сердца на момент поступления, изменений на ЭКГ, кардиоспецифических биомаркеров и уровня креатинина сыворотки крови, данных эхокардиографии с доплерографи-

ей (ЭхоКГ+ДГ), рассчитывался индекс массы тела (ИМТ). Статистический анализ результатов проводился с помощью лицензионных статистических программ «Statistica 6.0».

Результаты. Большинство больных с ИМбпST без предшествующего коронарного анамнеза имели сопутствующую артериальную гипертензию (АГ) – 68 (76,4%) пациентов. У 4 (5,9%) больных АГ была 1 ст., у 26 (38,2%) больных – 2 ст., у 38 (55,9%) больных – 3 ст. длительностью 3,0 [1,0; 8,0] года, 1 пациент перенес ОНМК давностью 3 года. По Эхо-КГ концентрическую гипертрофию левого желудочка (ЛЖ) имели 22 (24,7%) пациента, изолированную гипертрофию межжелудочковой перегородки (ГМЖП) или задней стенки ЛЖ (ЗСЛЖ) – 29 (32,6%) пациентов. Дилатация левого предсердия (ЛП) выявлена у 14 (20,6%) пациентов, из них у 5 пациентов в сочетании с дилатацией правого предсердия (ПП). Дистолическую дисфункцию ЛЖ 1 или 2 типа имели 77 (86,5%) пациентов, которая могла быть обусловлена как АГ, так и острым повреждением миокарда. Избыточную массу тела имели 30 (33,7%) пациентов, индекс массы тела (ИМТ) составил 26,9 [25,6; 29,7] кг/м², ожирение I ст. – 13 (14,6%) пациентов, ИМТ составил 32,9 [30,5; 34,7] кг/м², ожирение II ст. – 4 (4,5%) пациента, ИМТ составил 37,9 [35,5; 38,3] кг/м². Сахарный диабет 2 типа (СД) встретился у 9 (10,1%) пациентов, почечная дисфункция со снижением скорости клубочковой фильтрации, которая составила 55,69 [46,29; 59,21] мл/мин/1,73м² – у 17 (19,1%) пациентов. Именно пациенты с ИМбпST и сопутствующей АГ чаще имели избыточную массу тела или ожирение, по сравнению с больными без АГ: 39 (57,4%) и 8 (38,1%) пациентов соответственно, почечную дисфункцию: 14 (20,6%) и 3 (14,3%) соответственно. У 12 (17,6%) пациентов с сопутствующей АГ отмечалось малосимптомное течение ИМ. Дислипидемию имели 49 (55,1%) пациентов, общий холестерин (ОХС) составил 6,3 [5,2; 8,4] ммоль/л, холестерин ЛПНП – 2,4 [1,9; 3,7] ммоль/л. У 35 (39,3%) пациентов выявлено поражение сосудов головного мозга, что свидетельствует о мультифокальном атеросклерозе у больных ИМбпST. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) встретилась у 16 (18%) пациентов, среди которых у 7 (43,7%) пациентов встретился асимметричный вариант ИМ, что повлияло на сроки госпитализации и задержку эндоваскулярного вмешательства. По шкале GRACE низкий риск внутригоспитальной летальности имели 44 (49,4%) пациента, средний риск – 36 (40,5%) пациентов, высокий риск – 9 (10,1%) пациентов.

Выводы. 1. По нашим данным большинство пациентов с ИМбпST без предшествующего коро-

нарного анамнеза имели, как правило, один или несколько факторов риска развития инфаркта миокарда. 2. Среди факторов риска наиболее часто встретились артериальная гипертензия, дислипидемия, избыточная масса тела или ожирение, ХОБЛ, почечная дисфункция. 3. Факторы риска изменяют клиническое течение ИМбпСТ, затрудняя диагностику, ухудшают прогноз основного заболевания.

ОРГАНИЗУЮЩАЯСЯ ПНЕВМОНИЯ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Винокуров А.С.^{1,2}, Золотова Е.А.¹, Мичурин С.В.¹

¹Городская клиническая больница
имени В.П. Демикова,

²Российский национальный исследовательский
медицинский университет имени Н.И. Пирогова,
Москва

Цель исследования. Выделить характерные особенности клинической картины, терапии и общего ведения пациентов в стационаре широкого профиля, основные КТ-симптомы, встречающиеся у больных с организуемой пневмонией (ОП), а также сроки их дальнейшего наблюдения на уровне амбулаторного звена.

Материалы и методы. За 2018-2019 гг. мы наблюдали 8 пациентов, которым по совокупности данных был установлен диагноз ОП, не во всех случаях данная пневмония была криптогенная (КОП). Всем больным при поступлении выполнены: физикальный осмотр, общий и биохимический анализ крови, рентгенография органов грудной клетки (ОГК); первичную КТ ОГК проводили или в день поступления при выраженной клинко-рентгенологической диссоциации или в течение первой недели после госпитализации.

Результаты и обсуждение. Средний возраст заболевших – 64,6 лет (min. 41, max 86), 62,5% из них (5) были женского пола. Респираторные жалобы до госпитализации больные отмечали на протяжении от 5 дней до 2-х месяцев, 87,5% (7) до назначения специфической терапии на уровне амбулаторного звена получали антибактериальную терапию, которая не была эффективна даже при смене препаратов (пенициллины с клавулоном, цефалоспорины, фторхинолоны). У 7 больных наблюдалась гипертермия (от 36,9 до 39,0°, среднее – 37,9°С). Основные жалобы при поступлении – одышка смешанного характера, сухой кашель, повышение Т тела и

снижение толерантности к физической нагрузке. Со стороны объективных данных: при аускультации выявлялась рассеянная крепитация или сухие хрипы. Лейкоцитоз был выявлен в 50% случаев с max значением $19,9 \times 10^9$, а повышение СРБ было выявлено в 85,7% (был взят у 7 больных, среднее значение – 76 мг/л). Снижение сатурации кислорода менее 95% обнаружено у 62,5% (5), у 2 больных низкий ее уровень (75% и 84%) обусловил необходимость респираторной поддержки в объеме масочной подачи воздушной смеси. У всех пациентов анализ на ВИЧ-инфекцию отрицательный.

Практически все больные (7) поступали в стационар с направительным диагнозом «пневмония» и ни у одного из этих больных развитие ОП не было заподозрено на амбулаторном этапе. У 6 пациентов анамнестически не удалось связать развитие изменений в легких с какой-либо другой патологией, появление жалоб связывали с перенесенной респираторной инфекцией, либо клиническая картина развивалась постепенно – такие случаи были расценены как КОП. 1 пациентка страдала системной склеродермией и формирование ОП было явилось осложнением системного процесса (СЗСТ), у 1 больного характерные изменения на КТ были выявлены после тяжелой двусторонней бактериальной пневмонии, которые оставались без динамики на протяжении более 3-х недель, их нельзя было отнести к поствоспалительному фиброзу.

Основным неинвазивным инструментом в отсутствие возможности морфологической верификации (трансторакальная/ВАТС-биопсия, либо трансбронхиальная при бронхоскопии) стала КТ ОГК – у пациентов в 100% изменения были с 2-х сторон в виде мультифокальных смешанных (консолидация+«матовое стекло») уплотнений перибронховаскулярного и субплеврального расположения, на фоне которых имелись воздушные просветы бронхов, в 82,5% они были деформированы с формированием тракционных (варикозных) бронхо/бронхиолоэктазов, края уплотнений четкие. По 1 случаю выявлены: характерный паттерн ОП в виде перилобулярных полосок, свободная от изменений субплевральная зона (sparing), симптом reversed halo. Несмотря на свою специфичность, симптом reversed halo выявляется не более, чем у 20% больных, поэтому необходимо ориентироваться на иные признаки. Лишь у 1 пациента обнаружен плевральный выпот. КТ повторно выполнялась через 2-3 недели после поступления для оценки эффективности лечения (в 100% положительная динамика), далее через 3-6 месяцев и 12 месяцев уже на амбулаторном этапе. Проведение КТ в иные сроки целесообразно при появлении респираторных жалоб (возможный рецидив на фоне терапии).

Все пациенты получали терапию глюкокортикоидными (ГКС) – перорально в расчете на метилпреднизолон 0,75-1,0 мг/кг массы тела с постепенным снижением дозировки препарата в течение 6-12 месяцев, в 1 случае в связи с распространенностью изменений лечение начато пульс-терапией метилпреднизолоном 1000 мг/сут в/в с дальнейшим переходом на прием per os.

Выводы. ОП является заболеванием, диагностика и терапия которого доступна в многопрофильных стационарах вне специализированных пульмонологических центров. В связи с недоступностью верификации инвазивными методами (отсутствие торакального отделения и бронхологической службы), пробная терапия ГКС при типичных КТ-признаках и дальнейшим ступенчатым контролем является возможным вариантом ведения таких больных, что показывает наш опыт. Ограничения остаются в группе у больных с СЗСТ и при нетипичной КТ-картине (односторонние изменения), а также у пациентов с резистентностью/противопоказаниями к терапии ГКС.

ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ ЛИМФОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ: НЕ ТОЛЬКО МНОЖЕСТВЕННАЯ МИЕЛОМА

Витренко Д.Д., Волошинова Е.В., Сафарова К.Н.

Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского, г. Саратов

НК/Т-клеточная лимфома – редкое лимфо-пролиферативное заболевание, экстра nodальной локализации, с агрессивным течением и низкой эффективностью стандартной химиотерапии. Клиническое течение в большинстве случаев осложняется коагулопатиями, острой недостаточностью жизненно важных систем, бурной диссеминацией злокачественных клеток в костный мозг, во все органы и ткани, что является причиной отсутствия эффекта химиотерапии и быстрого фатального исхода.

В нефрологическое отделение Областной клинической больницы (ОКБ) г. Саратова в сентябре 2019 года госпитализирована пациентка М., 62 л., в связи с гиперазотемией. Жалобы на боли в области спины, ребер, тошноту, рвоту, повышение артериального давления (АД). В мае 2019 года впервые отметила снижение трудоспособности и общую слабость, вскоре присоединились боли в поясничной области, области ребер, отсутствие аппетита, тошнота, снижение массы тела, повышение АД, появление гематом на коже туловища, конечностей, повышение

температуры тела. Терапевтом по месту жительства множественная клиническая симптоматика не получила должной оценки, обследование не было проведено; назначена антигипертензивная терапия. В августе госпитализирована в районную больницу в связи с развитием анурии. Впервые выявлены повышение креатинина до 1493 мкмоль/л, лейкоцитоз 42×10^9 /л, тромбоцитопения 48×10^9 /л, анемия. В сентябре госпитализирована в ОКБ, где с учетом выраженной гиперазотемии, анурии, гиперкалиемии по экстренным показаниям начаты процедуры острого гемодиализа. При поступлении состояние тяжелое, кожа бледной окраски, множественные подкожные гематомы различного размера и срока давности, отеки лица и нижних конечностей, анурия; выявлены анемия (Hb 87 г/л), нарастание лейкоцитоза до $102,8 \times 10^9$ /л, тромбоцитопении до 98×10^9 /л, гиперазотемия, повышение ЛДГ до 1777 Ед/л, гиперкалиемия 6,51 ммоль/л, суточная протеинурия 8,2 г. На рентгенограммах костей имелись множественные очаги деструкции костей таза, проксимальных отделов бедренных костей, ребер, ключиц, лопаток, проксимальных отделов плечевых костей, костей черепа. Для верификации диагноза проведены стерильная пункция, иммунофенотипирование лимфоцитов периферической крови, компьютерная томография органов грудной клетки и брюшной полости. Установлен диагноз НК/Т-клеточного лейкоза/лимфомы с поражением почек, легких. Рекомендована 2-компонентная химиотерапия (ХТ) бендамустином и дексаметазоном. В связи с тяжелой тромбоцитопенией начата ХТ по редуцированной схеме: монотерапия дексаметазоном. Сохранялась анурия, повышенная кровоточивость. Гематологические нарушения прогрессировали, и при явлениях нарастающей гипотонии, дыхательной недостаточности наступила смерть пациентки. Аутопсия не проводилась.

В представленном наблюдении диагноз гемобластоза был впервые установлен при обследовании по поводу поражения почек. Острое почечное повреждение (ОПП) при лимфобластных лейкозах имеет различные механизмы. Верификация конкретного механизма возможна только при проведении морфологического исследования нефробиоптата. Лимфобластные лейкозы с поражением почек характеризуются серьезным прогнозом как для жизни, так и для сохранения функции почек. Выживаемость больных и почечная выживаемость при лейкозах целиком зависят от как можно более раннего начала таргетной терапии, для чего необходима своевременная диагностика типа лейкоза. В связи с этим особую важность приобретает квалификация врача первого контакта. Кроме того, нефрологу необходимы глубокие познания в современной гематологии и совместное участие с гематологом в ранней идентификации гемобластоза.

АССОЦИАЦИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ С АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ПАЦИЕНТОВ

Власенкова А.А., Кравченко А.Я.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Цель исследования. Изучить связь антропометрических параметров (роста, масса тела) пациентов кардиологического стационара с наличием фибрилляции предсердий (ФП).

Материалы и методы исследования. В исследование включено 72 пациента с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, находившиеся на стационарном лечении в ГКБ СМП №1 г. Воронежа. Проводилось измерение антропометрических параметров (роста и массы тела). Оценивались результаты стандартной ЭКГ и данные суточного ЭКГ-мониторирования. Пациенты разделены на 2 группы: 1-я группа – больные с ФП 2-я группа – пациенты с другими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, но без ФП. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью непараметрических критериев для сравнения независимых выборок с использованием пакета прикладных программ STATISTICAversion 6.0 и MicrosoftExcel 2011.

Результаты и обсуждение. Средний возраст участников исследования составил $60 \pm 4,42$ лет. В 1 и 2 группу было включено одинаковое количество пациентов ($n=36$), а также одинаковое количество мужчин и женщин в подгруппах для исключения влияния роста на результаты исследования.

Результаты проведенного исследования показали, что среднее значение роста пациентов 1-й группы составляет $178 \pm 7,79$ см, что достоверно превышает данную величину во 2-й группе – $169 \pm 8,63$ см ($p < 0,05$). После анализа средних значений роста в каждой группе с учетом пола выяснили, средний рост мужчин в 1-й группе ($181,2 \pm 7,45$ см) выше, чем во 2-й ($175,5 \pm 6,32$ см). Та же закономерность прослеживается и у женщин: в 1-й группе $174,8 \pm 6,92$ см, во 2-й – $162,5 \pm 4,96$ см ($p < 0,05$). В то же время значение ИМТ в обеих группах статистически значимо не различалось: $27,6 \pm 4,86$ кг/м² в 1-й и $26,2 \pm 3,49$ кг/м² во 2-й группах ($p > 0,05$).

Таким образом, нами была обнаружена связь роста человека с наличием наджелудочковых аритмий, в частности, ФП. Впервые на существование данной ассоциации обратили внимание С. David с соавт. (2012), которые в крупном популяционном исследовании лиц в возрасте старше 50 лет выявили, что предикторами суправентрикулярных нарушений

ритма сердца (СВ НРС) были возраст, рост, наличие сердечно-сосудистых заболеваний в анамнезе, но не индекс массы тела. Эти данные могут свидетельствовать о наличии особых факторов риска структурного и электрического ремоделирования левого предсердия, ассоциированных с ростом человека.

Выводы. Установлены антропометрические особенности пациентов с фибрилляцией предсердий, заключающиеся в более высоком росте по сравнению с лицами без наджелудочковых аритмий. В связи с этим представляется целесообразным использование при оценке риска развития ФП такого простого и легко определяемого показателя, как рост человека. Выявленная нами связь СВ НРС с ростом человека и отсутствие связи с ожирением имеет значение для выявления пациентов с повышенным риском развития аритмий, в частности, фибрилляции предсердий. Полученные данные также привлекают внимание к необходимости индексировать размеры левого предсердия в зависимости от роста пациента.

ГИПОГОНАДИЗМ-АССОЦИИРОВАННЫЙ ОСТЕОПОРОЗ У МУЖЧИН, БОЛЬНЫХ ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА

**Войтко М.С.¹, Поспелова Т.И.¹, Климонтов В.В.^{1,2},
Мезит Е.В.¹, Шебуняева Я.Ю.¹**

¹Новосибирский государственный
медицинский университет,

²Научно-исследовательский институт
клинической и экспериментальной лимфологии,
г. Новосибирск

Цель исследования. Исследовать уровень половых гормонов у мужчин, получавших химиолучевую терапию по поводу лимфомы Ходжкина (ЛХ) и оценить частоту встречаемости гипогонадизм-ассоциированного остеопороза у данной категории пациентов.

Материал и методы. В исследование было включено 55 мужчин, получавших лечение по поводу ЛХ на базе гематологического отделения ГБУЗ НСО ГКБ №2. Медиана возраста на начало лечения составила 37 лет (диапазон 10-66 лет). Все обследованные пациенты получали лечение по стандартным протоколам химиотерапии в сочетании с лучевой терапией или без нее: ВЕАСОРР-14 (циклофосфамид, доксорубин, этопозид, прокарбазин, преднизолон, винкристин, блеомицин), а также ВЕАСОРР-14 в сочетании с АВВД (доксорубин, блеомицин, винбластин, дакарбазин). Лучевая терапия на вовлеченные области проведена 28 пациентам: в суммарной очаговой дозе 30 Гр – 21 (38,1%), 36 Гр – 7 (12,7%) больным. Исследование минеральной плотности костной ткани (МПК) проводилось с помощью двух-

энергетической рентгеновской абсорбциометрии (DXA) на аппарате LunarProdigy (GE, США). Количественная оценка уровня гормонов осуществлялась методом иммуноферментного анализа. Референсные значения: ЛГ – 0,8-12 мМЕ/мл, ФСГ – 1,0-10,5 мМЕ/мл и Тестостерон (Т св.) – 4,5-35,4 нмоль/л. Достоверность различия сравниваемых показателей определяли методами непараметрической статистики (χ^2). Достоверными полученные результаты считали в случае $p < 0,05$. Статистическая обработка проведена с использованием программы STATISTICA 10.

Результаты и обсуждения. Снижение уровня Т св. выявлено у 16 (29%) пациентов, где изолированное снижение диагностировано у 10 (18,8%) больных, сочетанное снижение – у 6 (10,2%). Снижение Т св./увеличение ЛГ выявлено у 1 обследуемого, снижение Т св./увеличение ФСГ – у 5, снижение Т св./увеличение ФСГ и ЛГ не зарегистрировано. При проведении DXA установлено снижение МПК у 30 (54,5%) обследуемых (остеопороз – у 15 больных, остеопения – у 15). Среди пациентов с явлениями гипогонадизма остеопороз был выявлен в 56,2% случаев ($n=9$), что достоверно чаще в сравнении с группой пациентов с нормальным уровнем половых гормонов ($\chi^2=9,552$, $p=0,002$).

Выводы. Снижение МПК у мужчин с ЛХ может быть обусловлено гипогонадизмом, вызванным токсическим эффектом химиотерапии и непосредственным лучевым воздействием на гонады. Существует необходимость в регулярном обследовании мужчин с ЛХ, включающем оценку репродуктивной функции и МПК для своевременной диагностики и коррекции выявленных изменений.

ИЗМЕНЕНИЯ СОСТАВА КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Воловникова В.А.¹, Ермоленко Е.И.^{1,2},
Иванова К.А.¹, Арыкина О.Э.¹

¹Санкт-Петербургский государственный университет,

²Институт экспериментальной медицины,
Санкт-Петербург

Введение. Несмотря на последние достижения в лечении коронарного атеросклероза (КА), это заболевание остается основной причиной смерти во всем мире. На сегодняшний день накоплено достаточное количество информации, позволяющей утверждать, что кишечная микробиота (КМ) и продукты ее метаболизма являются независимыми факторами риска (ФР) развития КА и его осложнений.

Цель. Изучение и анализ состава КМ у пациентов с различной степенью тяжести КА для формирования новых терапевтических стратегий, направленных на снижение и предупреждение развития и прогрессирования заболевания.

Материалы и методы. Обследовано 33 мужчины в возрасте от 35 до 65 лет ($57,9 \pm 1,37$ лет), которым наряду с клинико-лабораторным обследованием выполнялась коронароангиография по методике Judkins с расчетом степени стенозирования артерий и риска неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (РНСС) по ангиографической шкале SYNTAX-I и исследование микробиоценоза кишечника бактериологическим методом и ПЦР-РВ кала. Основную (I) группу ($n=23$) составили пациенты с ангиографически подтвержденным КА, группу сравнения (II) ($n=10$) составили пациенты без КА. Группы были сопоставимы по возрасту, полу и характеру получаемой терапии.

Результаты и обсуждение. В I группе преобладали пациенты с низким РНСС (69,6%), пациенты с промежуточным и высоким риском составили 17,4% и 13%, соответственно. Во II группе у всех пациентов определялся низкий РНСС. По данным бактериологического исследования нарушения состава КМ выявлены у всех обследованных, в 100% случаев отсутствовали бактериоиды. В I группе чаще выявлялось сниженное количество бифидобактерий и эшерихий с нормальной ферментативной активностью по сравнению с пациентами II группы (82,6% vs 40% и 39,1% vs 0%, соответственно) ($p < 0,05$). РНСС был тесно связан с количеством *Lactobacillus* spp. ($r=0,5$; $p < 0,05$). По данным ПЦР-РВ кала доля пациентов со сниженным количеством *Lactobacillus* spp., *Bifidobacterium* spp., *Bacteroides thetaiotaomicron* и увеличенным количеством *Escherichia coli*, *Enterobacter* spp./ *Citrobacter* spp. и *Parvimonas micra* была достоверно выше по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). В этой же группе значение SYNTAX Score I было тесно связано с общей бактериальной массой ($r=0,42$) и количеством *Bacteroides fragilis* group ($r=0,46$). Количество *E. coli* коррелировало с уровнем ТГ ($r=0,35$), количество *Faecalibacterium prausnitzii* – с уровнями ЛПНП и ОХ ($r=0,33$ и $0,35$ соответственно), а количество *Bacteroides fragilis* group – с уровнем СРБ ($r=0,48$) ($p < 0,05$).

Выводы. Выявленные взаимосвязи ФР КА и относительно большей представленности в КМ условно-патогенных бактерий, потенциально иницирующих воспаление, позволяют говорить о влиянии состава КМ на метаболические и воспалительные процессы, принимающие участие в атерогенезе. Установленная прямая взаимосвязь изменений состава КМ и степени тяжести поражения коронарного русла и РНСС подтверждает возможную ассоциацию нарушений состава КМ и многососудистого поражения коронарных артерий, высокого РНСС и может рассматриваться как

неблагоприятный диагностический критерий. КМ может быть потенциальной терапевтической мишенью в лечении и профилактике КА. Необходимо дальнейшее проведение исследований с включением большего числа пациентов, что позволит уточнить значимость влияния нарушений микробиоты кишечника на возникновение сердечно-сосудистых заболеваний.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЙ СУСТАВОВ И ПЕРИАРТИКУЛЯРНЫХ ТКАНЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

Гайнуллина Г.Р.¹, Кириллова Э.Р.^{1,2}, Одинцова А.Х.²,
Белоусова Е.Н.^{1,2}, Абдулганиева Д.И.^{1,2}

¹Казанский государственный
медицинский университет,

²Республиканская клиническая больница,
г. Казань

Цель. Сравнить клинические и ультразвуковые проявления поражений суставов и периартикулярных тканей при воспалительных заболеваниях кишечника.

Методы. В исследование были включены 50 пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника. Проводилось клиническое и ультразвуковое исследование периферических суставов и мест прикрепления сухожилий и связок в проекции суставов. Оценка результатов обследования энтезисов проводилась при помощи клинических и инструментальных индексов: клинические: индексы LEI (0-6 баллов), MASES (0-13 баллов) и SPARCC (0-16 баллов), сонографические: GUESS (0-36 баллов), MASEI (0-136 баллов) и BUSES (0-132 балла). Статистическая обработка проводилась с использованием критерия Манна-Уитни в пакете прикладных программ «Statistica».

Результаты. Среди 50 пациентов диагноз язвенный колит (ЯК) был установлен у 30 (60%) человек, болезнь Крона (БК) – у 20 (40%). Средний возраст пациентов ЯК составил 28 (25; 35) лет, при БК – 31 (25; 36) год. Средняя продолжительность заболевания при ЯК была 24 (10; 78) месяца, у пациентов с БК – 54 (24; 108) месяца. Основная часть пациентов имела высокую активность заболевания: при ЯК среднетяжелая и тяжелая атаки были отмечены у 24 человек (80%), при БК из 20 пациентов активность среднетяжелой и тяжелой степени наблюдалась у 11 (55%). По продолжительности заболевания и выраженности активности атаки пациенты с ЯК и БК не имели статистически значимых различий и были сопоставимы.

При клиническом осмотре на боли в суставах жаловались 29 пациентов с ВЗК (58%), из них – 15 (50%) пациентов с ЯК, 14 (70%) человек с БК. Несмотря на имеющуюся тенденцию более частых артралгий при БК, достоверной разницы определено не было. При объективном осмотре болезненности при пальпации и дефигурации суставов не выявлено ни у одного из 50 пациентов. При этом синовиты при ультразвуковом обследовании были выявлены у 25 пациентов (50%), из них 12 пациентов с ЯК (40%), и у 13 пациентов с БК (65%), синовиты с васкуляризацией были выявлены у 9 пациентов (18%), у пятерых с БК (25%), у четверых с ЯК (13%). Несмотря на отсутствие достоверной разницы в частоте синовитов, наблюдается тенденция более частого их выявления при БК ($p=0,051$).

Болезненность при пальпации мест прикрепления сухожилий и связок в проекции суставов отмечали 24 пациента (48%), 11 (55%) человек с БК и 13 (43%) пациентов с ЯК ($p>0,05$). При ультразвуковом обследовании у пациентов с ВЗК были выявлены поражения периартикулярных структур. Так, энтезиты были выявлены у 41 пациента (82%), из них у 16 (80%) пациентов с БК и у 25 (83%) человек с ЯК, энтезиты с васкуляризацией у 19 пациентов (38%), из них у 8 (40%) пациентов с БК и у 11 (36%) человек с ЯК. Теносиновиты наблюдались у 14 пациентов (28%), из них у четверых (20%) с БК и 10 (33%) пациентов с ЯК. Достоверных различий в частоте поражения периартикулярных структур между пациентами с ЯК и БК не было выявлено.

Согласно результатам обследования клинические индексы LEI, MASES, SPARCC были выше у пациентов с ЯК, сонографические индексы GUESS, MASEI, BUSES у пациентов с БК, однако статистической значимости различия не достигли.

Выводы. Выраженность поражения суставов и периартикулярных тканей при воспалительных заболеваниях кишечника сопоставима как при язвенном колите, так и при болезни Крона.

ВКЛАД УЧЕНЫХ БОТКИНСКОЙ ШКОЛЫ В ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИЙ ЭНДОТЕЛИЯ

Галенко А.С., Лосева К.А.

Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург

Современную кардиологию как науку уже невозможно себе представить без изучения эндотелия в качестве важнейшего регуляторного и эндокринного органа, осуществляющего координацию и оп-

тимальное протекание различных метаболических и физиологических процессов в сердечно-сосудистой системе. Нарушение функционального состояния эндотелия, или эндотелиальная дисфункция, лежит у самых истоков сердечно-сосудистого континуума, итогом которого является развитие сердечной недостаточности и смерть пациента.

Основоположителем современного учения об эндотелии считают австралийского фармаколога и патолога Говарда Флори (Howard Florey), чьи работы, выполненные в 50х-60х годах прошлого века послужили основой для формирования такого важного понятия как эндотелиальная дисфункция.

Но, отдавая заслуженную дань всемирно известным западным ученым, ни в коем случае не следует забывать наших соотечественников, вклад которых науку не менее значим, однако в силу определенных исторических причин не столь хорошо известен широкому научному сообществу.

Еще в 1922 году Михаил Владимирович Яновский, ученик С.П. Боткина, разработал теорию «периферического сердца», согласно которой сосудистая сеть является гемодинамическим фактором, способствующим периферической гемодинамике, по сути, предвосхитив идею автономной вазорегулирующей функции эндотелия. На долгие годы идея «периферического сердца» была забыта и лишь в начале нового тысячелетия произошло ее переосмысление и возрождение.

Огромный вклад в изучение эндотелия также внес Виктор Александрович Вальдман – основатель и первый заведующий кафедрой факультетской терапии Ленинградского педиатрического медицинского института, выпускник Военно-медицинской академии, начинавший свой творческий путь под руководством профессоров А.А. Нечаева и Г.Ф. Ланга, также являвшихся учениками С.П. Боткина. В работах В.А. Вальдмана (1933) появляется первое упоминание об эндокардите как заболевании всего эндотелиального аппарата сердца и сосудов. В.А. Вальдман описывал эндотелий сосудов как арену, где происходит первое столкновение макроорганизма с микробами. Изучая патологию сосудов, Виктор Александрович в 1936 году предложил эндотелиальную баночную пробу – метод выявления гиперэргического набухания эндотелия сосудов (эндотелиоза), ставшую предшественником других диагностических способов оценки эндотелиальной дисфункции.

В 1960 году в своей работе «Сосудистый тонус. Лимфатический, капиллярный, венозный» В.А. Вальдман утверждал, что сосудистая сеть представляет собой важнейший гемодинамический фактор, не менее важный и совершенный, чем сердце. Выделив группу симптоматических, или вторичных, артериальных гипертензий, В.А. Вальдман отметил

нервную регуляцию капилляров, но еще тогда ученый указывал на наличие и гуморального характера регуляции, по сути, предвосхищая открытие эндотелиальных вазорегулирующих факторов, обнаруженных десятилетиями позднее.

Указывая на важнейшую роль сосудов, в своей актовой речи «Вопросы сосудистой патологии» 24 февраля 1964 года В.А. Вальдман отмечал, что «сосудистая сеть – это не примитивное «периферическое сердце», но и не грубая пассивная сеть трубопроводов. Это сложнейший орган, чрезвычайно тонко, дифференцированно и в совершенстве действующий, разносящий все энергетические ресурсы ко всем точкам тела. От состояния и функции сосудистых стенок, от их реактивности зависит жизнедеятельность наших органов и всего организма в целом».

Продолжение дальнейшего исследования структурного и функционального состояния эндотелия остается одним из основных направлений фундаментальной кардиологии, которое поможет пролить свет на многие «темные пятна» патогенеза сердечно-сосудистых заболеваний. А нам, наследникам советской и российской кардиологической школы, следует помнить, ценить и приумножать неоценимый вклад в науку, сделанный нашими выдающимися предшественниками, профессорами М.В. Яновским и В.А. Вальдманом.

ВЫЯВЛЕНИЕ СПЕКТРА И УРОВНЕЙ АНТИТЕЛ К УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫМ И ПАТОГЕННЫМ БАКТЕРИЯМ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Ганиева Н.А., Арипова Н.А.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Введение. Современные взгляды на развитие аутоиммунной патологии у человека предполагают участие разнообразных микроорганизмов в качестве триггерных факторов, инициирующих инфекционный процесс и иммунное воспаление. Отражением этих процессов является появление повышенных уровней антибактериальных и противотканевых антител. Изложенное определяет актуальность исследования антибактериальных антител при системных формах болезнях соединительной ткани.

Цель. Выявление спектра и уровней антител к условно-патогенным и патогенным бактериям у больных системной красной волчанкой (СКВ).

Материалы и методы. Обследовано 20 больных СКВ, 20 здоровых лиц. Антитела к распространенным условно-патогенным микроорганизмам и патогенным энтеробактериям исследованы с помощью реакции агглютинации, реакции непрямой гемагглютинации, иммуноферментного метода.

Результаты и обсуждение. При СКВ выявлены более высокие титры антител к условно-патогенным *E. coli*, *E. aerogenes*, *K. pneumonia*, *P. vulgaris*, *S. aureus* и *S. epidermidis*, чем у здоровых лиц. У больных СКВ выявлены также высокие титры антител к патогенным *S. flexneri* 1-5, *S. typhi*, *S. paratyphi A*, *S. enteritidis* и *S. typhimurium*, чем у лиц группы контроля. С нарастанием активности СКВ увеличиваются титры антител к *E. coli*, *K. pneumonia* и *S. aureus*.

Выводы и заключение. При СКВ повышен уровень антител к ряду условно-патогенных и патогенных бактерий в зависимости от формы и активности заболевания.

ЭФФЕКТ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ РИТУКСИМАБОМ НА УРОВЕНЬ В-ЛИМФОЦИТОВ И АНТИНУКЛЕАРНЫХ АУТОАНТИТЕЛ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Гарзанова Л.А., Ананьева Л.П., Конева О.А.,
Овсянникова О.Б., Десинова О.В.,
Старовойтова М.Н., Шаяхметова Р.У.,
Глухова С.И., Черкасова М.В.

Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Оценка изменения титров антинуклеарного фактора (АНФ), антител к топоизомеразе-1 (Scl-70) и В-лимфоцитов (В-лимф) на фоне терапии ритуксимабом (РТМ) у больных системной склеродермией (ССД) при проспективном длительном наблюдении.

Материалы и методы. В исследование было включено 88 пациентов с ССД. Средний возраст – 47 лет (17-71), женский пол – 73 пациента (83%), диффузная форма – 50 пациентов (57%). Средняя длительность болезни 5,9±4,8 лет. Средний период наблюдения – 27 мес (12-42). Суммарная доза РТМ 2,9±1,1 грамм. Все больные получали преднизолон в дозе 11,7±4,4 мг, иммуносупрессанты – 42% из них. Пациенты были разделены на группы в зависимости от длительности заболевания: группа 1 (n=33) – до 3 лет, группа 2 (n=25) – от 3 до 6 лет, группа 3 (n=30) – более 6 лет (от 6 до 18 лет). Результаты представ-

лены в виде: средние значения, медиана, верхний и нижний квартиль.

Результаты и обсуждение. При оценке эффективности терапии у 96% пациентов был достигнут позитивный эффект. Кожный счет снизился с 11,21±9,33 до 6,19±4,74 (p<0,001). Индекс активности заболевания (EScSG-AI) снизился с 2,9±1,74 до 1,36±1,15 (p<0,001). Форсированная жизненная емкость легких увеличилась с 76,4±19,7 до 84,4±21% (p<0,001). Диффузионная способность легких увеличилась с 45,6±17,7 до 47,6±17% (p<0,019). Доза преднизолона была снижена с 11,7±4,4 до 9,2±3,2 мг (p<0,0001). Абсолютное количество В-лимф снизилось с 0,224±0,19 до 0,0175±0,058 (p<0,0001). Выраженность деплеции В-лимф ассоциировалась с их исходным уровнем, который снижался при увеличении продолжительности болезни. Так, у больных 1 группы, имеющих самый высокий уровень В-лимф, их уровень снизился с 0,326±0,22 до 0,008±0,01 (Δ0,318). Менее выраженной была деплеция в других группах. Уровень В-лимф снизился в группе 2 с 0,197±0,14 до 0,026±0,07 (Δ0,171) и в группе 3 с 0,151±0,16 до 0,019±0,07 (Δ0,131) (p=0,001). Исходно положительный титр АНФ был у 92% и варьировался в пределах: 1/320-11 пациентов, 1/640-46 пациентов, 1/1280-24 пациента. Титр АНФ снизился с 1/640 (25%-1/640; 75%-1/1280) до 1/320 (25%-1/320; 75%-1/640), (p<0,001). Изменения числа пациентов с положительными титрами АНФ до и на фоне терапии в зависимости от длительности заболевания распределились следующим образом: группа 1: 1/320 – увеличилось с 5 до 10 пациентов, 1/640 – уменьшилось с 16 до 8, 1/1280 – уменьшилось с 11 до 8; группа 2: 1/320 – увеличилось с 5 до 13 пациентов, 1/640 – уменьшилось с 13 до 6, 1/1280 – уменьшилось с 5 до 3; группа 3: 1/320 – увеличилось с 1 до 8 пациентов, 1/640 – уменьшилось с 17 до 15, 1/1280 – уменьшилось с 8 до 1. Положительные Scl-70 были у 63 пациентов (75%). В конце исследования уровень Scl-70 снизился с 125,02±89,12 до 108,6±86,89ед/мл (p=0,007). В группе 1 с 122,8±90,6 до 96,4±89,8ед/мл (Δ26,5); в группе 2 с 116,5±93,3 до 115,6±88,1ед/мл (Δ0,94); в группе 3 с 134,5±86,02 до 116,2±83,8ед/мл (Δ18,2).

Выводы. В нашем исследовании у пациентов с небольшой длительностью заболевания исходно был более высокий уровень В-лимф и у них деплеция была более выражена, чем у длительно болеющих пациентов. Уровень Scl-70 и АНФ на фоне терапии также более значимо снизился у недавно заболевших пациентов. Снижение титров антиядерных аутоантител и уровня В-лимф происходило параллельно со снижением кожного счета, индекса активности заболевания, увеличением дыхательных объемов, повышением суммарной дозы РТМ. Ди-

намика титров АНФ, ScI-70 и В-лимф может быть полезной для оценки эффективности длительной комплексной терапии, включающей РТМ, особенно у недавно заболевших пациентов.

ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ СЕРДЕЧНОГО РИТМА НА АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

Гетман С.И., Чепель А.И., Тегза Ю.В.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Введение. Нарушение сердечного ритма-одна из причин смертности и инвалидизации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Самыми распространенными нарушениями сердечного ритма являются экстрасистолия, постоянная и пароксизмальная формы мерцательной аритмии. Часто, человек даже не подозревает о наличии у него мерцательной аритмии, тогда как кардиоцеребральная эмболия обуславливает развитие 30-40% всех случаев ишемического инсульта!

Методы. В условиях ведомственной поликлиники ВМедА им. С.М. Кирова обследовали и наблюдали в течение 2 лет группу пациентов с нарушением сердечного ритма – 545 человек, которых приглашали на прием к кардиологу ежемесячно и контрольную группу без нарушений ритма сердца – 159 человек, которые обращались к врачу по требованию. Пациенты были сопоставимы по полу, возрасту и сопутствующей патологии. В процессе наблюдения за больными учитывали: количество внеплановых обращений к кардиологу; количество госпитализаций в связи с обострением течения аритмии и сердечно-сосудистых заболеваний, количество и характер осложнений сердечно-сосудистых заболеваний (инсульты, инфаркты миокарда, эмболии), число летальных исходов как связанных так и не связанных с болезнями системы кровообращения (конечная точка).

Результаты. В группе с нарушением сердечного ритма ежемесячно посещающих врача-кардиолога достоверно реже возникали несмертельные осложнения сердечно-сосудистых заболеваний (у 2,4% по сравнению с группой контроля 9,4%). Однако по количеству летальных исходов достоверных различий между группами не наблюдалось. При этом в группе с аритмиями 6 пациентов погибли от инсульта, четверо из которых страдали постоянной формой мерцательной аритмии, один-пароксизмальной и у

одного фиксировали частую наджелудочковую экстрасистолию. Седьмой пациент из умерших (с постоянной формой фибрилляции предсердий) был госпитализирован с диагнозом «кишечная непроходимость», перенес 4 операции и умер от сепсиса. Нельзя исключить у данного пациента тромбоз мезентериальных сосудов, что и проявилось клиникой острого живота. При анализе лечения у 7 перечисленных пациентов выявлено, что пятеро принимали тромбо-асс и кардиомагнил, а двое-варфарин, причем показатель международного нормализованного отношения (МНО) при последнем анализе крови у обоих был меньше допустимого диапазона от 2 до 3. При госпитализации по неотложным показаниям у 18 пациентов из группы с аритмиями наблюдалась трансформация частой наджелудочковой экстрасистолии в фибрилляцию предсердий, опасную тромбоэмболическими осложнениями.

Выводы. 1. Неназначение во всех необходимых случаях больным с мерцательной аритмией пероральных антикоагулянтов свидетельствует о нацеленности практических врачей, прежде всего на профилактику осложнений коронарного тромбоза и недооценке возможных тромбоэмболических осложнений, присущих фибрилляции предсердий. 2. У части пациентов с нарушением сердечного ритма по типу частой наджелудочковой экстрасистолии со временем происходит трансформация данной аритмии в фибрилляцию предсердий, опасную тромбоэмболическими осложнениями.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ОРВИ У ВЗРОСЛЫХ

Гизингер О.А.

Российский университет дружбы народов,
Москва

Цель исследования. изучить клинико-иммунологическую эффективность лечения ОРВИ с использованием препарата, связывающего рецепторы гемагглютинаина-N-метил-4-бензилкарбамидопиридиния йодида (энисамия йодид).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 50 человек (39% женщин, 61% мужчины) с клиническими признаками ОРВИ в возрасте от 35 до 48 лет. Клиническая эффективность гемагглютинаина-N-метил-4-бензилкарбамидопиридиния йодида (0,5 г 3 раза в сутки, курс 7 дней) была изучена у 20 человек, обратившихся за медицинской помощью (основная группа). Группой сравнения явились 30 пациентов с ОРВИ, пролеченных без использования гемагглютинаина-N-метил-4-

бензилкарбамидопиридиния йодида (контрольная группа). Клиническая эффективность оценивалась по выраженности и длительности катарально-респираторного и интоксикационного синдромов, предотвращению развития осложнений. Пациенты обеих групп получали стандартную патогенетическую и симптоматическую терапию: режим, диета, витамины, деконгестанты, антипиретики, муколитики. Общий анализ крови, мочи, определение содержания интерферонов (ИФН) (интерфероновый статус) в сыворотке крови выполнено в ООО Лаборатория Гемотест. Ретроспективная диагностика этиологии ОРВИ проводилась методом ИФА.

Результаты и обсуждение. При анализе ИФН статуса до начала лечения выявлено: содержание сывороточного ИФН- α $0,58 \pm 0,11$ пг/мл [референсные значения 0-50], спонтанного $0,34 \pm 0,09$ пг/мл [референсные значения 0-50], индуцированного $699,52 \pm 10,98$ пг/мл [референсные значения 100-500]. Содержание сывороточного ИФН- γ $2,34 \pm 1,22$ пг/мл [референсные значения 0-50], спонтанного $15,34 \pm 1,34$ пг/мл [референсные значения 0-100], индуцированного $227,32 \pm 31,29$ пг/мл [референсные значения 100-500]. [Референтные значения Григорян С.С., Оспельникова Т.П., Ершов Ф.И. Определение индивидуальной чувствительности людей к индукторам интерферона и другим препаратам (по воздействию на интерфероновый статус. Методические рекомендации / М., 2000; 14 с.]. Анализ ИФН статуса, проведенный на 5 день терапии показал, что N-метил-4-бензилкарбамидопиридиния йодида (энисамия йодид) обладает интерфероногенными свойствами, способствует повышению концентрации в плазме крови эндогенного ИФН- α в $2,12 \pm 0,34$ и ИФН- γ в $3,02 \pm 0,16$ раза, по отношению к показателям группы сравнения. Выявлена меньшая продолжительность кашля, насморка, осиплости голоса, гиперемии зева у пациентов, получавших больных получавших энисамия йодид, в группе контроля отмечено уменьшение длительности кашля, гиперемии зева. В основной группе зарегистрировано снижение средней продолжительности гипертермии и периода интоксикации на $1,89 \pm 0,55$ суток, проявлений катарального синдрома в виде кашля и насморка на $2,67 \pm 0,27$ суток. Частота развития осложнений в течение периода лечения была меньше у пациентов основной группы, хотя небольшая выборка делает невозможным анализ полученных результатов и диктует необходимость проведения дальнейших исследований.

Выводы. N-метил-4-бензилкарбамидопиридиния йодида (энисамия йодид) способствует повышению концентрации в плазме крови эндогенного интерферона- α и интерферона- γ в $3,02 \pm 0,16$ раза, снижает острые клинические проявления вирусной интоксикации.

СОСТОЯНИЕ МАРКЕРОВ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Гизингер О.А.

Российский университет дружбы народов,
Москва

Цель исследования. Проанализировать некоторые показатели, характеризующие состояние оксидативного стресса у пациентов с гипертонической болезнью.

Материалы и методы. Показатели оксидативного стресса были определены у пациентов с гипертонической болезнью II степени. Интенсивность оксидативного стресса оценивалась по активности фермента супероксиддисмутазы, в эритроцитах цельной крови. Активность фермента каталазы была определена в плазме крови. Перекисное окисление липидов (ПОЛ) оценивали по присутствию малонового диальдегида (МДА, нмоль/л) в цельной венозной крови. Общий антиоксидантный статус (Total antioxidant status, TAS), ммоль/л, показатель антиоксидантной системы организма был изучен в ООО Лаборатория Гемотест (Москва). При изучении факторов антиоксидантной защиты соблюдались правила забора биоматериала и подготовка пациента с учетом требования преаналитического этапа в соответствии с ГОСТ Р ИСО 9001-2015 (ISO 9001:2015) – «Системы менеджмента качества». Статистический анализ данных проводился при помощи пакета статистических программ STATISTICA 12.5 (StatSoft, 2014), статистически достоверными считались значения $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Лабораторные исследования показали нарушение активности ферментов: снижение активности фермента супероксиддисмутазы на $15,34 \pm 1,34\%$, $p < 0,05$ и каталазы $78,23 \pm 1,23\%$, $p < 0,05$ на фоне повышения малонового диальдегида на $44 \pm 1,98\%$, $p < 0,05$ у пациентов с гипертонической болезнью II степени. У пациентов с гипертонической болезнью II степени зарегистрировано снижение общего антиоксидантного статуса на $24 \pm 1,12\%$, $p < 0,05$.

Вывод. У пациентов с гипертонической болезнью II степени наблюдаются явления оксидативного стресса в виде снижения уровня активности фермента супероксиддисмутазы, каталазы, повышению малонового диальдегида, снижению общего антиоксидантного статуса. Выявленные лабораторные изменения активности антиоксидантных ферментов в крови пациентов с гипертонической болезнью II

степени может быть следствием нарушения свободнорадикального гомеостаза и требуют медикаментозной коррекции с последующим лабораторным мониторингом.

ПУЛЬС-ТЕРАПИЯ МЕТИЛПРЕДНИЗОЛОНОМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ВАРИАНТА ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ АМИЛОИДНОЙ АНГИОПАТИИ

Голдобин В.В., Зюзина С.Л.

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель. Оценка эффективности назначения пульс-терапии метилпреднизолоном пациентам с воспалительным вариантом церебральной амилоидной ангиопатии.

Материалы и методы. Были обследованы 5 пациентов с диагнозом вЦАА (4 женщины и 1 мужчина) в возрасте старше 50 лет, проходившие лечение в неврологическом отделении клиник СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Для постановки клинического диагноза воспалительной церебральной амилоидной ангиопатии (вЦАА) использовали клинико-инструментальное понятие вероятной вЦАА, имеющее 82% чувствительность и 97% специфичность. Вероятная вЦАА выставляется при наличии у пациента старше 40 лет двух и более из клинических признаков: головная боль, нарушение сознания, очаговая неврологическая симптоматика, судорожный пароксизм, возникновение которых не связано с развитием острого внутримозгового кровоизлияния; и выявлением при МРТ головного мозга очагов лейкоарайоза (корково-подкорковых или глубоких): обязательно асимметричных с распространением на прилежащую подкорковую область, а также определении не менее 1 корково-подкоркового геморрагического очага после перенесенных лобарных кровоизлияний, микрокровоизлияний, коркового поверхностного сидероза при отсутствии данных за опухолевый, инфекционный или иной генез выявленных изменений. На основании представленных диагностических критериев данные МРТ головного мозга имеют большое значение в постановке диагноза вЦАА. Верифицированный диагноз вЦАА выставляется только по результатам проведения патоморфологического исследования.

Результаты. После верификации диагноза было выполнено пятикратное введение метилпред-

низолона по 250 мг/сутки внутривенно капельно через день. По окончании курса поддерживающая доза кортикостероидами не назначалась, пациенты выписывались на амбулаторное лечение с рекомендациями приема нейропротективных препаратов и лечения сопутствующей патологии. На фоне проведения пульс-терапии отмечалась положительная динамика в виде уменьшения когнитивных нарушений и головных болей. На МРТ при повторном исследовании не отмечалось увеличения числа микрокровоизлияний, а также выявлялось уменьшение зон лейкоарайоза.

Выводы. Воспалительная форма церебральной амилоидной ангиопатии встречается редко. Диагностические критерии вероятной вЦАА позволяют выполнять раннее выявление больных и назначение своевременной патогенетической терапии. Иммуносупрессивная терапия эффективно способствует регрессу заболевания в виде уменьшения выраженности клинических, а в последующем и нейровизуализационных проявлений. Рекомендации по выбору режима терапии и дальнейшего ведения пациентов требуют дополнительных исследований.

ФЕНОТИПЫ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА В РАЗНЫХ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУППАХ

Голоева Р.Г., Алекберова З.С.

Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Введения. Ранняя диагностика и определение доминирующей органной патологии при болезни Бехчета (ББ) имеет решающее значение для выбора правильной терапии. Выделяют 6 фенотипов ББ: кожно-слизистый, суставной, офтальмологический, сосудистый, неврологический и кишечный.

Цель. Оценить частоту фенотипов болезни Бехчета (ББ) в разных этнических группах.

Материалы и методы. В исследование включено 202 пациента с ББ из 5 наиболее часто встречающихся этнических групп.

Соотношение М:Ж – 2,4:1. Средний возраст пациентов составил 31 год [24; 37], ср. возраст начала болезни – 21 год [15; 28]; средняя продолжительность заболевания – 7 лет [3; 14]. Оценку тяжести ББ (легкая, средняя и тяжелая форма) проводили по I. Krause.

Результаты. Тяжелая форма ББ чаще диагностировалась у азербайджанцев и коренных жи-

телей Дагестана по сравнению с русскими (75 и 70,4% против 36,2%), у армян – 50% и чеченцев – 54,5% больных.

У русских достоверно чаще выявлялся неврологический фенотип (15,5% против 0-9,4%) и кишечный (36,2% против 13,8-22,7%). У азербайджанцев был высокий процент поражения глаз (68,7% против 36,2% у русских, 50% чеченцев и армян, 57% дагестанцев). У дагестанцев чаще выявлялся сосудистый фенотип (40,7% против 15,6% у азербайджанцев и 18,9% у русских). Отношение М:Ж среди русских было равным, у дагестанцев 4,4:1, азербайджанцев 3,5:1, чеченцев и армян 2,6:1.

Заключение. Фенотипы ББ взаимосвязана с этнической принадлежностью больных, что позволяет последний рассматривать, как прогностический маркер органических поражений при ББ.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

Голоева Р.Г., Алекберова З.С.

Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель. Изучить гендерную связь с клинической симптоматикой и тяжестью болезни Бехчета.

Материалы и методы. В исследования включено 250 больных с достоверной ББ. Соотношение М:Ж составило 2,4:1, средний возраст пациентов – 31 год [24; 37], ср. возраст начала болезни – 21 год [15; 28]; средняя продолжительность заболевания – 7 лет [3; 15]. Оценку тяжести ББ (легкая, средняя и тяжелая форма) проводили по I. Krause и соавт.

Результаты. В клинической картине ББ выявлены следующие достоверные различия: частота поражения глаз составила у мужчин 62,1% против 32,9% у женщин ($p=0,00003$), васкулит сетчатки – 44% против 16,4% ($p=0,00006$) и поражение кожи 92,6% против 79,4% ($p=0,005$) и акне 30,5% против 12,3% соответственно ($p=0,004$). Узловатая эритема чаще наблюдалась у женщин 63% против 46,3% соответственно ($p=0,02$). Формы ББ: легкая степень в 11,9% случаев среди мужчин и в 31,5% – у женщин ($p=0,001$), средняя степень – 20,3% и 35,6%, ($p=0,03$), тяжелая форма ББ в 67% и в 32,9% соответственно, ($p=0,000003$), [OR=4,1, 95% ДИ 2,2-7,78].

Заключение. Неблагоприятные проявления ББ – увеит и ангиит сетчатки, ассоциируются с мужским полом. Риск развития тяжелой формы ББ у мужчин в 4 раза выше, чем у женщин.

ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Голоева Р.Г., Алекберова З.С., Лиля А.М.

Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель. Оценить исходы беременности у пациенток с болезнью Бехчета (ББ), системной красной волчанкой (СКВ), ревматоидным артритом (РА) и системной склеродермией (ССД).

Материалы. В исследование включено 73 пациенток с ревматическими заболеваниями (РЗ) в возрасте от 18 до 40 лет, согласившихся принять участие в исследовании и заполнившие разработанную тематическую карту. Средний возраст пациенток составил 30,0 лет с ББ; 33,5 СКВ, 33,5 с РА; 35,0 с ССД, средняя длительность болезни была 4,5 лет, 11,5 лет 4,0 года и 6,0 лет соответственно. Из 73 больных 23 (с ББ 11, СКВ 5, РА 5 и ССД 2) не имели беременностей: 15 пациенток Virgo, 4 пациентки планируют беременность в ближайшее время. Ретроспективно проанализировано 158 беременностей у 50 пациенток с ревматическими заболеваниями (ББ – 31 пациентки, с СКВ 7, РА – 6 и ССД 6).

Результаты. Из 159 беременностей пациенток с РЗ 95 (60%) завершились родами в срок с рождением доношенных детей. Два случая (1,2%) ранней неонатальной смерти у двух пациенток с ББ (преждевременные роды на 28 и 32 неделях гестации, дети родились с признаками глубокой недоношенности и умерли в 1 сутки после родов).

35 беременностей было прервано до 10 недель гестации: 34 беременностей (у 4 пациенток) – по желанию женщины, 1 – по медицинским показаниям (краснуха на 7 неделе гестации).

Имелось 27 случаев неблагоприятных исходов беременности у 20 пациенток (у 40% из 50 больных): 19 случаев (у 14 пациенток) неразвивающейся беременности, в одном случае внематочная беременность, 8 случаев (у 6 больных) – выкидыши на ранних сроках (на 5, 6 и 10-й неделе гестации).

Антифосфолипидный синдром не был выявлен ни в одном случае.

Из 95 детей, рожденных пациентками с РЗ, у двоих рецидивирующий афтозный стоматит (у 2 пациенток с ББ), и один – врожденную глаукому (у матери с диагнозом «Нейробехчет»).

10 пациенток с ББ и 2 с РА – многодетные (3 и более детей) матери.

Заключение. У пациенток с РЗ отмечается высокая частота неблагоприятных исходов беременности.

СТРАТЕГИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЛИЦ С ВЫСОКИМ РИСКОМ НАРУШЕНИЙ РЕОЛОГИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ КРОВИ

Гончарова А.Г., Викентьев В.В., Гончаров И.Н.,
Викентьев Д.В., Пастушкова Л.Х., Ларина И.М.

Институт медико-биологических проблем,
Московский государственный
медико-стоматологический университет
имени А.И. Евдокимова,
Москва

Тромботические осложнения у лиц с хроническими сосудистыми заболеваниями и в группах риска высоко распространены и являются важной медико-социальной проблемой. Высокая степень инвалидности и летальности, затраты на лечение и социальную адаптацию после перенесенных тромбозов любой локализации делают актуальным оптимизацию клинико-инструментального и лабораторного обследования. Сладж-синдром в венах является частой «находкой» у пациентов из групп риска развития сосудистых заболеваний. С другой стороны, известно, что повышение уровня Д-димера и/или фактора Виллебранда в крови является достоверным признаком гиперкоагуляции и требует направленной терапии у конкретного пациента для снижения риска острых тромбозов.

Под наблюдением находились 200 обследуемых (100 женщин, 100 мужчин), средний возраст 55 ± 15 лет, имеющих в анамнезе ГБ, ИБС, ЦСЗ и не имевших жалоб на момент планового обследования. Сладж-синдром в полой вене и МА шеи был выявлен в 20% случаев (у 40 человек) независимо от пола. Для дифференциальной диагностики по этиологическим причинам наблюдаемых эхографических особенностей проведено определение в крови уровня Д-димера, фибриногена, матриксной металлопротеиназы 1 типа, количества тромбоцитов, тромбокрит. Выявлено достоверное повышение Д-димера и концентраций металлопротеиназ у пациентов в подгруппе со сладж-синдромом: уровень Д-димера у них составлял $198,1 \pm 17,5$ нг/мл против $58,8 \pm 9,4$ нг/мл в группе без спонтанного контрастирования крови ($p=0,03$); уровень МПП 1 типа составил $2,4 \pm 0,7$ пг/мл и $0,7 \pm 0,08$ пг/мл, соответственно ($p=0,045$) что свидетельствует об активности коагуляционного звена гемостаза и риска острых тромбозов, а также о возможном вовлечении экстрацеллюлярного матрикса сосудистой стенки, вероятно, в процессе фибринолиза. Проведенная терапия ривароксibanом 20 мг в сут в течение месяца привела к нормализации уровня Д-димера до $79,5 \pm 12,8$ нг/мл и уровня МПП 1 типа до $1,0 \pm 0,07$ пг/мл соответственно (при сравнении с данными группы без эхоконтрастирования крови $p > 0,05$

для обоих показателей). Рекомендовано включение скринингового опеределения уровня Д-димера всем обследуемым с выявленным эхографическим сладж-синдромом эритроцитов. Перспективно продолжение исследования роли металлопротеиназ в гемостазе.

ОСТЕОАРТРИТ ПОЗВОНОЧНИКА И СУСТАВОВ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА: АНАЛИЗ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Гончарова В.Е.

Новосибирский государственный
медицинский университет,
г. Новосибирск

Цель работы. Проанализировать тактику ведения пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника и суставов врачами амбулаторной-поликлинической службы.

Материалы и методы. Работа выполнена в дизайне одномоментного ретроспективного исследования первичной медицинской документации пациентов, проходивших лечение в поликлиниках города Новосибирска под наблюдением терапевтов в период 2019-2020 гг. В исследование включены данные 100 амбулаторных карт пациентов с дегенеративно-дистрофическим заболеванием позвоночника – 65%, суставов – 35%. Возраст пациентов, страдающих остеоартритом периферических суставов, составил $55,1 \pm 10,2$ лет, позвоночника – $43,8 \pm 13,3$ лет. Среди пациентов с жалобами на боль в спине мужчины составили 82%, с болью в суставах – 54%. Шкала ВАШ оценена в 40% случаев при остеоартрите суставов и 26% при поражении позвоночника, составила $4,8 \pm 1,6$ см. Использовались методы описательной статистики.

Результаты и их обсуждение. Системно НПВП были назначены 80 пациентам, из которых 84% ($n=55$) страдают от поражения позвоночника, а 71% ($n=25$) – суставов, продолжительность приема НПВП $10,9 \pm 5,9$ дней (поражение позвоночника) и $10,4 \pm 3,8$ (поражение суставов). Не отмечено назначения НПВП ситуационно при болях. Местно НПВП при остеоартрите позвоночника были назначены в 40% случаев ($n=26$), при дегенеративном заболевании суставов – 31% ($n=11$), длительность их использования $11,3 \pm 5,6$ дней (поражение суставов) и $10,6 \pm 5,7$ (поражение позвоночника). Препараты из группы SYSADOA были рекомендованы в 20% случаев при дегенеративно-дистрофическом заболевании позвоночника ($n=13$), и 69% при заболевании суставов ($n=24$). Рекомендованные врачами препараты, суточные дозы, длительность использования соответствовали инструкциям к выбранным препара-

там и клиническим рекомендациям. Определение уровня витамина Д₃ в сыворотке крови рекомендовано 13 пациентам (13%) при остеоартрите с преимущественным поражением позвоночника или периферических суставов. Заместительная терапия нативными препаратами витамина Д назначена 18 пациентам (18%). Рекомендованные РАОП дозы и длительность приема витамина Д₃ соблюдены лишь в половине случаев. Рекомендации относительно физической активности даны 60 пациентам (60%), большинству пациентов был рекомендован строгий физический покой.

Выводы. По результатам анализа первичной медицинской документации отмечено, что для терапии остеоартрита различных локализаций врачами-терапевтами выбираются системные формы НПВП, а местные обезболивающие препараты рекомендуются в дополнении. Отмечена небольшая частота назначения SYSADOA. Неадекватно понимание проблемы недостаточности витамина Д в популяции. Выбирается неадекватный, противоречащий клиническим рекомендациям режим физической активности.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Горбачева А.Ю., Лебедева Е.С., Кривошеева К.С.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Обоснование. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является весьма актуальной медико-социальной проблемой, представляя собой хроническое заболевание дыхательной системы. ХОБЛ характеризуется высокой встречаемостью и имеет склонность к переходу в тяжелые формы, росту числа случаев инвалидности и высокой смертности [1].

Цель. Провести с помощью компьютерного регистра пациентов оценку клиники ХОБЛ на фоне метаболических нарушений и обозначить факторы, воздействующие на качество жизни пациентов и количество обострений, моделирование и анализ прогнозов изменения количества обострений ХОБЛ у пациентов с СД 2 типа.

Методы. Для данного исследования было необходимо оценить уровень жизни пациентов, страдающих ХОБЛ путем использования опросников, изучить особенность проявлений, спирометрических показателей у двух групп – с наличием в анамнезе

метаболических нарушений и без них, оценивались показатели про- и противовоспалительного профиля.

Результаты. В исследовании участвовали 130 пациентов, имеющих в анамнезе ХОБЛ. 64 – женщины (49,2%) и 66 – мужчин (50,8%), средний возраст исследуемых: 48,02±0,36 лет. У испытуемых диагностировали ХОБЛ по данным интегральной оценки симптомов, объективного статуса, анамнеза, данных спирометрии в соответствии с GOLD (пересмотр 2016). Были получены следующие результаты: частота обострений и госпитализации, показатели спирометрии, характеристики про- и противовоспалительного профиля. Было проведено сравнение показателей двух групп исследуемых – с наличием/отсутствием в анамнезе сахарного диабета 2 типа.

Заключение. В результате проведенных исследований было выяснено, что у пациентов, имеющих в анамнезе сахарный диабет и ХОБЛ диагностические показатели значительно снижены, в отличие от показателей группы больных без сахарного диабета. Можно сделать вывод о том, что метаболические нарушения значительно снижают уровень качества жизни у больных с ХОБЛ.

УРОВНИ АДИПОЦИТОКИНОВ У ПАЦИЕНТОВ С РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ДО НАЗНАЧЕНИЯ ПРОТИВОРЕВМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Горбунова Ю.Н., Попкова Т.В.,
Насонов Е.Л., Лиля А.М.
Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Актуальность. Жировая ткань высокоактивный эндокринный орган, который продуцирует большое число различных провоспалительных цитокинов и адипоцитокинов (АЦК). Обсуждается взаимосвязь адипокинов с маркерами активности и воспалением при ревматоидном артрите (РА).

Цель. Оценить уровни АЦК (адипонектин, лептин) у больных ранним РА (исходно) и в контрольной группе, уточнить взаимосвязь АЦК с клиническими и лабораторными проявлениями раннего РА.

Материалы и методы. Обследовано 47 пациентов с ранним РА (критерии ACR / EULAR, 2010), не получавших ранее противоревматическую терапию (ГК и БПВП), медиана возраста – 57 [46,5, 62,0] лет, длительность заболевания 6,0 [5,5, 15,5] месяцев, сероположительных по IgM РФ (87%) и АЦЦП (100%), с вы-

сокой активностью РА (DAS28 5,5 [5,1; 5,9] баллов). Концентрацию адипонектина и лептина определяли иммуноферментным анализом ELISA (Human Adiponectin, BioVendor, Brno, Czech Republic; Diagnostics Biochem Canada Inc.). Контрольную группу составили 30 здоровых доноров без ревматических заболеваний, сопоставимых по полу и возрасту с обследованными больными.

Результаты. Средняя концентрация адипонектина в сыворотке больных РА была выше, чем в группе контроля: $41,9 \pm 48,1$ нг/мл и $8,7 \pm 4,6$ нг/мл соответственно ($p=0,001$). При РА отмечалась обратная корреляционная связь между уровнем адипонектина и СОЭ ($R=-0,30$), продолжительностью утренней скованности ($R=-0,32$) ($p<0,05$). Средняя концентрация лептина у больных РА была ниже, чем в группе контроля: $24,2 \pm 21,1$ нг/мл и $36,7 \pm 26,5$ нг/мл соответственно ($p=0,03$). В группе пациентов с ранним РА отмечались прямые корреляции уровня лептина с объемом талии (ОТ) ($R=0,50$), индексом массы тела (ИМТ) ($R=0,60$), СОЭ ($R=0,36$), триглицеридами (ТГ) ($R=0,45$), глюкозой ($R=0,3$), обратная – с уровнем адипонектина ($R=-0,30$) ($p<0,05$).

Заключение. У пациентов с ранним РА до назначения терапии сывороточный уровень адипонектина повышен, а концентрация лептина снижена по сравнению с группой контроля. При РА выявлена прямая взаимосвязь уровня лептина с показателями ожирения. Предположительно увеличение уровня адипонектина в крови при раннем РА носит компенсаторный характер, проявляя противовоспалительные свойства. Обратная корреляция между уровнем адипонектина и СОЭ является косвенным подтверждением данного предположения.

ДИНАМИКА АДИПОЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА РАЗНЫХ СХЕМАХ ТЕРАПИИ

Горбунова Ю.Н., Попкова Т.В.,
Насонов Е.Л., Лиля А.М.

Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Актуальность. Адипоциты (клетки жировой ткани) экспрессируют множество гормональных факторов, также называемых адипоцитокинами (АЦК), включая адипонектин, лептин, резистин, висфатин, ФНО-альфа, и др. Уровни АЦК ассоциируются с внесуставными проявлениями ревматоидного артрита (РА). Обсуждается влияние противоревматической терапии на уровни АЦК у пациентов с ранним РА.

Цель. Оценить динамику уровней адипоцитокинов (адипонектин, лептин) у больных ранним РА (исходно и через 24 недели) с использованием различных схем терапии: монотерапия метотрексатом (МТ) и комбинированная терапия (МТ + адалимумаб (АДА)).

Материалы и методы. Обследовано 47 пациентов с ранним РА (критерии ACR / EULAR, 2010.), не получавших ранее противоревматическую терапию (ГК и БПВП), медиана возраста – 57 [46,5, 62,0] лет, продолжительность заболевания 6,0 [5,5, 15,5] месяцев, сероположительных по IgM РФ (87%) и АЦЦП (100%), с высокой активностью РА (DAS28 5,5 [5,1; 5,9] баллов). После включения в исследование все пациенты получали МТ (10 [10-15] мг / 1 раз в неделю), через 12 недель при неэффективности МТ дополнительно назначался АДА 40 мг 1 раз в 2 недели. Концентрацию адипонектина и лептина определяли иммуноферментным анализом ELISA (Human Adiponectin, BioVendor, Brno, Czech Republic; Diagnostics Biochem Canada Inc.).

Результаты. К 24 неделе терапии, 23 (49%) пациента с ранним РА получали комбинированную терапию (МТ+АДА), 24 (51%) пациента с РА монотерапию МТ. У пациентов с РА через 24 недели отмечено достоверное снижение уровня адипонектина на 44 и 49% и повышение концентрации лептина на 39 и 43% как на фоне монотерапии МТ, так и при применении комбинированной терапии ($p<0,05$). К концу исследования уровень адипонектина был выше в группе монотерапии МТ (12,8 [8,0; 19,6] нг/мл против 10,2 [7,0; 12,1] нг/мл), а лептина – в группе комбинированной терапии (21,7 [12,5; 40,4] нг/мл против 28,1 [12,4; 58,3] нг/мл) ($p<0,05$).

Заключение. Через 24 недели терапии уровни адипоцитокинов в двух группах изменялись: концентрация адипонектина снижалась, лептина – повышалась. Монотерапия МТ и комбинированная терапия (МТ+АДА) действовали на изменения уровней адипоцитокинов однонаправленно, хотя изменения были более выражены у пациентов на комбинированной терапии.

НАЧАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА СРЕДИ МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА И ИХ НУЖДАЕМОСТЬ В ПРЕВЕНТИВНОЙ ТЕРАПИИ

Гордиенко А.В., Жирков И.И.,
Сердюков Д.Ю., Федорова А.С.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить распространенность ранней постпрандиальной гипергликемии и дис-

липидемии, а также необходимость в назначении гиполипидемической терапии у мужчин младше 45 лет.

Материал и методы. В клинике госпитальной терапии Военно-медицинской академии было проведено углубленное обследование 125 мужчин (средний возраст 39,3±5,2 лет). Критериями исключения из исследования служило наличие клиники заболеваний, обусловленных атеросклерозом; значимые нарушения сердечного ритма и пороки сердца; перенесенные ассоциированные клинические состояния; сахарный диабет (СД) 2 типа; токсическое или вирусное поражение печени; положительный результат ишемического стресс-теста. Нуждаемость в гиполипидемической терапии определялась в соответствии с Рекомендациями Европейского общества кардиологов по дислипидемиям (ДЛП) 2019 г.

По результатам перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ) с оценкой концентрации глюкозы крови натощак, через 1 и 2 часа нагрузочной пробы все пациенты были разделены на 2 группы: I – 62 мужчины с уровнем гликемии $\geq 8,6$ ммоль/л через 1 час от начала теста; II – 63 мужчины с нормальной 1-часовой гликемией. Оценивались жалобы, объективный статус, включая определение степени абдоминального ожирения (АО), степени и длительности артериальной гипертензии (АГ). Биохимическое исследование крови включало определение общего холестерина (ХС) и липопротеидов низкой (ЛПНП), очень низкой (ЛПОНП), высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГЛ), коэффициента атерогенности (КА), тип ДЛП. С помощью соответствующих ультразвуковых методов оценивалась толщина комплекса интима-медиа (ТИМ) общих сонных артерий (ОСА).

Результаты и их обсуждение. Средний возраст обследуемых мужчин I группы (с 1-часовой постпрандиальной гипергликемией) составил 39,3±6,5 лет, во II группе – 39,5±7,5 лет ($p>0,05$). По данным медицинских книжек более 40% участников исследования были здоровы и не предъявляли жалоб. Обе исследуемые выборки были сравнимы по частоте АГ (78% vs 74% для I и II групп соответственно, $p>0,05$) при средних значениях артериального давления 156/98 и 153/97 мм рт. ст. соответственно ($p>0,05$); АО (42% vs 40%, $p>0,05$), ИМТ 29,3±4,8 vs 27,4±4,2 кг/м² ($p=0,015$); гиподинамией (42% vs 38%, $p>0,05$). Курение преобладало у мужчин I группы (53 vs 31%, $\chi^2=5,0$; $p=0,02$).

В представленных группах оценивалась выраженность и частота дисгликемии и ДЛП: общий ХС 5,6±1,3 и 4,8±0,9 (I и II группы соответственно, $p<0,001$), ЛПВП 1,4±0,5 и 1,4±0,3 ($p>0,05$), ЛПНП 3,4±1,0 и 2,8±0,8 ($p=0,08$), ЛПОНП 1,0±0,6 и 0,6±0,2 ($p<0,001$), ТГЛ 2,0±1,2 и 1,2±0,5 ммоль/л

($p<0,001$), КА 3,6±1,1 и 2,8±0,7 ($p<0,001$); глюкоза натощак 5,4±0,6 и 5,1±0,5 ($p=0,002$), 1-часовая гликемия 9,9±1,6 и 7,0±0,9 ($p<0,001$), 2-часовая гликемия 6,0±1,6 и 5,7±1,1 ммоль/л ($p>0,05$). У пациентов I группы была достоверно более высокая частота ДЛП 47 vs 27% ($\chi^2=5,9$; $p=0,015$) и метаболического синдрома (МС) 51 vs 23 ($\chi^2=11,6$; $p<0,001$); предиабет был выявлен у 17 и 10% ($p>0,05$) мужчин соответственно. При оценке ТИМ ОСА составила 0,78±0,12 и 0,76±0,14 мм соответственно; частота начального атеросклероза – 31 и 24% ($p>0,05$).

Нуждаемость в назначении гиполипидемической терапии в соответствии с лабораторно-инструментальными показателями и сердечно-сосудистым риском была определена у 42% мужчин с дисгликемией и 25% обследованных с нормальным гликемическим статусом ($\chi^2=2,7$; $p=0,04$).

Выводы. Наличие 1-часовой гипергликемии ассоциируется с высокой частотой метаболических нарушений и повышением вероятности начальных проявлений атеросклероза. Пациенты этой категории как правило чаще нуждаются в раннем начале гиполипидемической терапии.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Гордиенко А.В., Самокиш В.А.,
Балабанов А.С., Тупицын В.В.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить особенности анамнеза ИБС, клинического течения ИМ у мужчин моложе 60 лет с ИМ и ЯБ для улучшения мероприятий профилактики.

Материалы и методы исследования. В исследование включены мужчины 19-60 лет с ИМ I типа (по IV универсальному определению), получавшие стационарное лечение согласно стандартам на момент госпитализации (2000-2018 гг). Их разделили на две группы: I – исследуемая, с ЯБ и ИМ – 109 пациентов (средний возраст: 51,8±5,1 лет); II – контрольная, без сопутствующих заболеваний органов пищеварения – 358 пациентов (50,8±6,7 лет; $p=0,5670$). Изучены особенности клинического течения и осложнений ИМ в указанных группах. Осложнения ИМ объединяли по ведущему синдрому поражения миокарда (по В.Н. Ардашеву). При этом рассматривали группы, обусловленные электрической нестабильностью (значимые нарушения

сердечного ритма и проводимости) (ЭН), сократительной недостаточностью (СкН) (отек легких, кардиогенный шок, СН) и механической несостоятельностью (разрывы и аневризмы) миокарда (МН). Сравнение качественных и номинальных показателей проводили по критерию Хи-квадрат. Уровень статистической значимости принят при вероятности ошибки менее 0,05.

Результаты и обсуждение. Частота выявления ЯБ в общей группе обследованных составила 19,3%. При изучении анамнеза заболевания выявлено, что в исследуемой группе чаще наблюдали нестабильную стенокардию (58,7 и 47,5%; $p=0,0401$), стационарное лечение (53,2 и 42,2%; $p=0,0425$), коронарографии (22,0 и 10,4%; $p=0,0027$) и реже – периферические ангиопатии (53,7 и 65,5%; $p=0,026$). При оценке вариантов течения заболевания, кратности, локализации, глубины, поражения, неблагоприятных исходов их частота не отличалась у пациентов с ЯБ и контрольной группы. Однако у пациентов с ЯБ частота осложнений (71,6%) была выше, чем в контрольной группе (56,1%; $p=0,0041$). В I группе регистрировали большее число осложнений ИМ (два и более: 61,1%, во II группе – 48,6%; $p=0,0314$), среди которых преобладали сочетания СкН и ЭН (28,7 и 16,2%; $p=0,0040$). Среди осложнений ИМ в I группе чаще наблюдали нарушения ритма и проводимости (49,1 и 30,7%; $p=0,0005$), из которых у больных ЯБ чаще встречались атриовентрикулярные (АВ) блокады 1-2 ст. (8,0 и 3,4%; $p=0,05$) и пароксизмальные наджелудочковые тахикардии (4,0 и 0,6%; $p=0,0119$). Кроме того, в I группе чаще наблюдали тромбозы левого желудочка (23,1 и 13,7%; $p=0,0184$) и осложнения со стороны пищеварительной системы (кровотечения и парезы кишечника) (4,6 и 0,6%; $p=0,0023$). Распределение пациентов по тяжести состояния при поступлении и классам острой сердечной недостаточности Т. Killip не отличалось в сравниваемых группах, однако в I группе чаще выявляли гидроторакс (4,6 и 1,1%; $p=0,0212$), увеличение печени (26,9 и 15,0%; $p=0,0047$) и отеки нижних конечностей (18,5 и 9,6%; $p=0,0116$).

Выводы. Частота ЯБ составляет 19,2% среди мужчин моложе 60 лет с ИМ. Течение заболевания у больных ЯБ менее благоприятно по общему числу осложнений, частоте тромбозов, кровотечений, наджелудочковых тахикардий и неполных АВ блокад. Наличие анамнеза заболевания с более высокой частотой стационарного лечения, коронарографии, нестабильной стенокардии в сочетании с более выраженными признаками СН в первые часы ИМ свидетельствует о высоком риске побочных эффектов стандартной гипокоагуляционной терапии в этой группе, что необходимо учитывать при лечении этих больных.

ВЛИЯНИЕ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ НА РИСК РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Горналева А.А., Каргина А.М.,
Мандрощенко А.А., Овсянников Е.С.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Актуальность. Понятие «липидный спектр», включает в себя – общий холестерин (ОХЛ), триглицериды (ТГ), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП). Нарушение липидного спектра или дислипидемия (ДЛП) характеризуется повышением содержания в плазме крови ОХЛ, ТГ, того или иного класса липопротеидов, которые являются важными факторами в развитии атеросклероза сосудов, ведущего к возникновению различных сердечно-сосудистых заболеваний. Определение липидного спектра является обязательным условием эффективной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, так как ОХС и его фракции тесно связаны с заболеваемостью и смертностью от ишемической болезни сердца и других осложнений атеросклероза сосудов. Диагностика дислипидемии состоит из определения показателей: ОХЛ, ТГ, ЛПНП, ЛПВП. Хотя, в практическом аспекте превалирующее значение отдают уровню ОХЛ и ЛПНП в плазме крови, потому что воздействие на данные показатели является главной целью терапии и наиболее эффективной профилактикой (первичной и вторичной) риска развития атеросклероза и его осложнений. Кроме того, при своевременно начатом и успешном лечении уровни ОХС и его фракций приходят в норму.

Цель. Исследовать влияние дислипидемии на риск развития сердечно-сосудистых заболеваний у больных ХСН.

Материалы и методы. В исследование были включены 50 больных с ИБС с нестабильной стенокардией напряжения (НСН) и хронической болезнью сердца стадии I-IIА по классификации Стражеско-Василенко (ХСН), 50 больных, перенесших острый инфаркт миокарда в течение последних трех лет (ОИМ) и ХСН, 50 больных с ИБС с НСН, ОИМ и ХСН. Все пациенты проходили лечение в БУЗ ВО ВГКБСМП №1 в терапевтическом и кардиологическом отделениях в период с 01.09.2018 г. по 01.12.2018 г. Возрастная категория больных от 50 до 87 лет. В исследование не были включены больные имеющие в анамнезе заболевания: сахарный диабет, клапанные пороки сердца, фибрилляция предсердий, кардиомиопатии. У пациентов всех трех групп

было произведено клинико-лабораторное исследование биохимического анализа крови, для определения липидного спектра. Так же в исследование были включены показатели: пол, возраст.

Статистическая обработка полученных результатов была проведена с помощью программы для ЭВМ Statgraphics plus 5.1. Для сравнения групп применялся однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA) в случае нормально распределенных данных, а также критерии Крускала-Уоллеса в случае не нормального распределения данных. Данные представлены в виде среднего±стандартное отклонение. Различия между группами считали статистически достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. В результате анализа медицинской документации была выявлена закономерность отсутствия прямой связи развития сердечно – сосудистых заболеваний относительно разных возрастных групп. К первой группе относятся пациенты возрастом $66,7 \pm 9,23$, ко второй – $63,8 \pm 9,04$, к третьей – $65,74 \pm 9,3$ (F-коэффициент равен 1,27, p-значение 0,2834). Из приведенных данных видно, что возраст пациентов при различных сердечно-сосудистых заболеваниях находился в определенном одинаковом диапазоне. При анализе полового состава групп было выявлено, что в первой группе женщин больше чем мужчин (24/26), во второй группе мужчин больше чем женщин (29/21) и в третьей мужчин меньше чем женщин (24/26). Статистически значимых различий по полу выявлено не было (F-коэффициент равен 1,33, p-значение 0,51). При дальнейшем анализе было определено, что уровень ОХЛ не влияет на риск развития сердечно-сосудистой патологии в разных группах. Так в первой группе уровень ХОЛ находился в пределах $5,34 \pm 1,25$, во второй – $4,97 \pm 1,16$, а в третьей в пределах $4,98 \pm 1,15$ (F-коэффициент равен 2,18, p-значение 0,12). Аналогичные показатели были получены при исследовании зависимости уровня ЛПВП в сочетании с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями во всех исследуемых группах. Уровень ЛПВП в первой группе составляет $1,21 \pm 0,26$, во второй – $1,33 \pm 0,61$ и в третьей группе – $1,12 \pm 0,31$ (F-коэффициент равен 2,97, p-значение 0,05). При исследовании уровня ЛПНП в разных группах заболеваний отмечалось повышение риска развития сердечно-сосудистой патологии во 2-ой и 3-ей группе. При исследовании уровня ЛПНП в первой группе $2,55 \pm 0,96$, во второй – $2,29 \pm 1,14$, в третьей – $2,86 \pm 0,79$ (F-коэффициент равен 4,35, p-значение 0,01). Так же нами статистически доказано, что уровень ТГ ведет к резкому повышению риска развития сердечно-сосудистых за-

болеваний в 3-ей исследуемой группе, таких как: ИБС с нестабильной стенокардией напряжения, хроническая болезнь сердца, острый инфаркт миокарда. В этой группе уровень ТГ достигал $1,96 \pm 1,16$, во второй – $1,47 \pm 0,84$ и в третьей составлял $1,35 \pm 0,69$ при F-коэффициенте равному 6,05 и p-значению 0,003.

Выводы. В результате проведенного статистического исследования можно сделать вывод о том, что высокое содержание ЛПНП и ТГ в плазме крови повышают риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний. Это требует более частых и тщательных мер вторичной профилактики и наблюдения за пациентами в динамике, имеющими данную патологию. Следовательно, можно предположить, что уровень ЛПНП и ТГ ведет к прогрессированию уже имеющейся сердечно - сосудистой патологии.

ЗАВИСИМОСТЬ МЕЖДУ СТРУКТУРНЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ КЛАССОМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Гостева Д.И., Павленко Л.С.,
Семченко Т.И., Овсянников Е.С.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

По эпидемиологическим данным распространенность хронической сердечной недостаточности (ХСН) в РФ составляет 7,9 млн человек, клинически выраженной 5,1 млн человек, распространенность терминальной ХСН – 2,4 млн человек. В 2016 году были выпущены клинические рекомендации по диагностике и лечению ХСН, где выделяли группы пациентов с сохраненной, низкой и промежуточной ФВ. Такое разделение на группы подчеркнуло имеющийся дисбаланс диагностических и терапевтических возможностей среди разных групп пациентов с ХСН. Пациенты с низкой ФВ имеют в своем арсенале достаточное количество лечебных мероприятий с доказанной эффективностью, а популяция пациентов остальных групп до сих пор остается малоизученной.

Цель. Изучить зависимость между структурно-функциональными характеристиками миокарда левого желудочка и функциональным классом (ФК) ХСН.

Материалы и методы. Было обследовано 45 пациентов, они были разделены на три группы по 15 больных в зависимости от ФК, определяемого по классификации NYHA (классификация выраженности хронической сердечной недостаточности Нью-Йоркской кардиологической ассоциации): группа 1, 2, 3 с ФК 2, 3, 4 соответственно. В ходе исследования использовались: 1. клиническая оценка пациентов; 2. данные, полученные при выполнении эхокардиографии (ЭХОКГ) аппаратом ультразвукового сканера Esaote MyLab 30 (Италия); 3. формулы для вычисления: массы миокарда ЛЖ, индекса ММЛЖ; 4. Миннесотский опросник качества жизни у больных ХСН (MLHFQ). Статистическая обработка данных проводилась в программе STATGRAPHICS CENTURION V. Для выявления различий между группами был использован однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA). Достоверными считали различия при $p < 0,05$. Для выявления корреляционных связей использовался коэффициент корреляции Pearson.

Результаты и обсуждение. В результате исследования установлено, что фракция выброса ЛЖ групп 1, 2, 3 составила соответственно: $56,9 \pm 2,05\%$, $53,5 \pm 1,46\%$, $46,1 \pm 4,29\%$. Стоит отметить, что рассмотренные группы достоверно отличались по ФВ ($F=56,16$, $p=0,0001$). Также, был определен конечно-диастолический размер ЛЖ с различиями между группами 1 и 3, группами 2 и 3 которые были статистически значимыми ($F=11,38$, $p=0,0001$), ввиду больших значений кДр ЛЖ в 3 группе. По толщине межжелудочковой перегородки по полученным данным различия наблюдаются между 1, 2 и 3 группами, данные значения можно считать достоверными ($F=11,68$, $p=0,001$). Кроме того, при анализе толщины задней стенки ЛЖ, а также ИММЛЖ были получены достоверные статистически значимые различия между 1 и 3, а также между 2 и 3 группами ($F=4,26$, $p=0,02$), ($F=28,90$, $p=0,0001$), а между 1 и 2 группой статистически значимых различий не выявлено. После анализа результатов Миннесотского опросника была подтверждена закономерность: чем выше ФК у пациента, тем хуже его качество жизни. Также в ходе исследования прослеживалась прямая достоверная корреляционная связь ФК с ФВ ЛЖ ($r=0,46$, $p=0,021$), а также ФК и баллами по опроснику качества жизни пациентов ($r=0,45$, $p=0,019$).

Выводы. При сравнении групп больных: у пациентов с ФК 2 по сравнению с пациентами других групп преобладала ФВ, ТМЖП; с ФК 3 – ТЗСЛЖ, МЖПЛЖ; с ФК 4 – кДр, индекс ММЛЖ, а также между ФК и ФВ ЛЖ отмечалась прямая достоверная корреляционная связь. Оценивая влияние ХСН на качество жизни пациентов, установлена обратная корреляционная связь от ФК ХСН у данных пациентов.

ПРИМЕНЕНИЕ ГИБП В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ И ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: СОБСТВЕННЫЕ ДАННЫЕ

Гриднева Г.И., Аронова Е.С.

Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Предоставить собственный опыт длительного ретроспективного наблюдения больных ревматическими заболеваниями, нуждавшихся в применении ГИБП.

Материалы и методы. Исследован фармакологический анамнез 186 женщин больных ревматоидным артритом ($n=144$), системной красной волчанкой ($n=3$), анкилозирующим спондилитом ($n=29$), псориатическим артритом ($n=4$), ювенильным хроническим артритом ($n=3$) в возрасте от 18 до 49 лет (границы детородного возраста для Российской Федерации, согласно ВОЗ), нуждавшихся в применении ГИБП. Средний возраст составил 34 ± 9 лет.

Результаты и обсуждение. Среди всей когорты 5 больных (2,7%) отменили ГИБП в связи с планируемой (2 случая) либо состоявшейся (3 случая) беременностью. Средний возраст этих больных составил 33 ± 7 лет. Все беременности были одноплодными, все завершились рождением здоровых доношенных детей. В 2 случаях беременность состоялась на фоне лечения цертолизумаба пэголом, который разрешен к применению на всех этапах планирования беременности, на всех сроках беременности и во время лактации. В обоих случаях терапия цертолизумаба пэголом была продолжена после установления факта беременности. В 1 случае беременность больной РА наступила на фоне применения инфликсимаба на протяжении 2 месяцев. Инфликсимаб был отменен. В 1 случае тоцилизумаб был отменен в связи с планированием беременности у больной с болезнью Стилла взрослых (клинический вариант ревматоидного артрита), получившей 3 введения препарата на протяжении 2 лет в комбинации с метотрексатом и метилпреднизолоном. В 1 случае ритуксимаб был отменен после 13 месяцев лечения у больной с СКВ, которая получала этот препарат в комбинации с метилпреднизолоном и микофенолата мофетилем.

Для 4 больных это произошло на фоне приема первого по счету препарата, для 1 пациентки с АС - на фоне применения цертолизумаба пэголом, приему которого предшествовало лечение инфликсимабом (был отменен по административным причинам).

Выводы. Улучшение качества жизни, достигнутое на фоне эффективного контроля ревматических заболеваний, позволяет женщинам детородного возраста с системными ревматическими заболеваниями планировать беременность. Полученные данные указывают на необходимость дополнительного информирования женщин с ревматическими заболеваниями, которые планируют беременность, о преимуществах и рисках приема лекарств во время беременности.

ВЛИЯНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА НАКОПЛЕНИЕ МЕТАБОЛИТОВ МЕТОТРЕКСАТА В ЭРИТРОЦИТАХ

Гриднева Г.И., Муравьев Ю.В.,
Аронова Е.С., Кудрявцева А.В.

Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Определить влияние возраста, пола, массы тела, объема эритроцитов на концентрацию метаболитов метотрексата (МТ) – полиглутаматов (МТПГ) в эритроцитах больных ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы. В исследование было включено 60 больных с РА (26 мужчин и 44 женщины), диагноз которых соответствовал критериям ACR/EULAR 2010. Все больные, получали терапию МТ не менее 20 мг в неделю в течение не менее 12 недель. Пациенты старшей возрастной категории включали 7 мужчин старше 60 лет и 24 женщины старше 55 лет (группа 1, n=29), остальные пациенты составили группу 2 (n=31). Концентрацию МТПГ (2,3,4) измеряли в эритроцитах с помощью тандемной хроматомасс-спектрометрии.

Результаты и обсуждение. У пациентов 1-й группы концентрация МТПГ₂, МТПГ₃ и МТПГ₄ составила 9,0 [4,0; 8,3], 16,1 [9,0; 16,6], 24,7 [20,8; 30,2] нмоль / л, в группе 2 соответственно 7,5 [4,1; 9,0], 16,0 [9,9; 20,0], 23,8 [17,5; 29,2] нмоль / л. Различия не были статистически значимыми. Группы не различались: по разовой и кумулятивной дозе МТ, количеству и объему эритроцитов по длительности лечения МТ; в 1-й группе хороший и умеренный ответ на терапию был выявлен у 9 (29%), во 2-й группе число ответивших на терапию составило 19 (65%), p=0,01. ИМТ в группе 1 составил 29±6 кг/м², в группе 2 – 25±кг/м² (p=0,0064). При сравнении групп с различным эффектом терапии (в соответствии с критериями ответа ACR) статистически значимых раз-

личий получено не было. В среднем еженедельная доза МТ, рассчитанная на 1 м² поверхности тела, была выше во 2-й группе (12,6±2,2 мг против 11,3±2 мг, p=0,02). Была обнаружена корреляция между уровнем МТПГ₂ и ИМТ (коэффициент корреляции Спирмена 0,268). Концентрация МТПГ не коррелировала с общим объемом эритроцитов.

Определение концентрации метаболитов метотрексата (МТ) в крови больных ревматоидным артритом (РА) является ценной методикой прогнозирования лечебного ответа. Это исследование может быть полезным для выявления отклонений в протоколе лечения (пропуски большого количества введений МТ). Возраст, пол, индекс массы тела, объем эритроцитов являются индивидуальными характеристиками пациентов с РА, поэтому нельзя полностью исключить их влияние на результаты исследования. Было доказано, что для получения хорошего терапевтического эффекта уровень тетраглутамата МТ (МТПГ₄) в эритроцитах должен составлять не менее 22,5 нмоль/л.

Вывод. Концентрация МТПГ в группах пациентов разного возраста не отличалась. Характеристики группы больных, у которых отмечено достижение целевого уровня МТПГ: возраст 50,4±14,6 лет, максимальная разовая доза МТ 22,7±5,0 мг, ИМТ 27,1±6,1 кг/м², объем эритроцита 88,3±6,6 фл.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ МЕТОТРЕКСАТА И ЕГО МЕТАБОЛИТОВ В ЭРИТРОЦИТАХ И МОНОУКЛЕАРАХ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Гриднева Г.И.¹, Муравьев Ю.В.¹,
Сыгырта В.С.¹, Глухова С.И.¹, Аронова Е.С.¹,
Кудрявцева А.В.¹, Баймеева Н.В.²

¹Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,

²Научный центр психического здоровья,
Москва

Цель исследования. Изучить динамику изменения концентрации метотрексата (МТ) и его метаболитов в эритроцитах и моноцитах (МО) у больных ревматоидным артритом (РА), которым впервые назначен МТ.

Материалы и методы. В проспективное исследование включено 33 больных (26 женщин, 7 мужчин) в возрасте 53,2±11,7 лет с диагнозом РА, установленным согласно критериям ACR/EULAR 2010. ИМТ составил 26,5±4,6 кг/м². Всем больным был назначен МТ из расчета 10-15 мг/м² поверхно-

сти тела. 6 (18%) получали статины, 39% получали глюкокортикоиды (ГК). Для определения в ЭР и МО концентраций метаболитов МТ: моноглутамата, полиглутаматов МТ с 2, 3 и 4 глутаматными остатками (МТПГ 2-4), проводилась методом тандемной хроматомасс-спектрометрии на 4, 12 и 24 неделях терапии. Больные были прослежены через 4, 12 и 36 недель от начала терапии.

Результаты. Средние значения концентрации МТПГ в эритроцитах и мононуклеарах представлено в таблице 2. Парное сравнение концентраций МТ, а также полиглутаматов 2-4, по методу Wilcoxon не выявило статистически значимых различий на неделях 4, 12 и 24. Концентрация исследуемых метаболитов МТ не коррелировала с величиной ИМТ, приемом ГК, кумулятивной дозой МТ, частотой развития нежелательных реакций. На 12 неделе концентрация МТПГ4 в МО, была статистически значимо выше в группе больных, получавших статины (10,5 [7,1; 17,1] против 3,5 [1,1; 7,8] нмоль/л, $p=0,04$). На 4 неделе терапии среди курильщиков суммарное количество МТПГ 2-4 в эритроцитах, а также в мононуклеарах свободного МТ, МТПГ2 были статистически значимо ниже, чем у некурящих ($p=0,027$; $0,015$; $0,006$ и $0,001$ соответственно). На 12 неделе концентрация свободного МТ, МТПГ2, в МО была также ниже у курильщиков (МТ 11,2 [2,6; 21,9], 7-ОН-МТ 2,1 [0,5; 10,4], МТПГ2 0,5 [0,1; 1,3]) нмоль/л, чем у некурящих (МТ 46,5 [25,3; 97,5], МТПГ2 8,2 [4,1; 32,9]) нмоль/л, $p=0,02$, $0,01$ и $0,003$ соответственно. На 24 неделе выявлена отрицательная корреляция между возрастом и уровнем МТПГ4 (коэффициент корреляции – 0,51, $p<0,05$). Оценка лечебного эффекта на 24 неделе была доступна для 22 больных. К 24 неделе удовлетворительный эффект либо отсутствие эффекта по критериям EULAR отмечен у 3 (14%) больных. Не выявлено статистически значимых различий концентраций метаболитов МТ в этих группах. Для изучения влияния пропусков введений на концентрацию метаболитов МТ проводилось сравнение групп больных, пропускавших введения МТ (вне зависимости от причины и количества пропусков), и не пропускавших введения. К 4 неделе только у 1 больного имелось отклонение от схемы терапии. К 12 неделе у 11 (33%) больных выявлено отклонение от схемы терапии, однако различия концентраций метаболитов МТ как в ЭР, так и в МО не выявлены. ($p>0,05$ во всех случаях). 24 недели наблюдения завершили 29 больных. У 19 (57,6%) больных выявлено нарушение схемы терапии, однако различия концентраций метаболитов МТ как в ЭР, так и в МО не выявлены ($p>0,05$ во всех случаях).

Выводы. У курильщиков отмечено низкое содержание МТПГ в МО. Уровень МТПГ4 в МО медленнее нарастает у больных с большей длитель-

ностью заболевания. На ранних этапах лечения (до 24 недель) концентрация метаболитов МТ не различалась в группах больных, пропускавших введения МТ, и не имевших пропусков.

ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Гриднева Р.И., Швырев А.П., Дрожжина Е.И.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Цель исследования. Изучение особенностей клинического течения первичного (идиопатического) пролапса митрального клапана (ПМК) у детей и подростков.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 42 больных с первичным ПМК возрасте от 7 до 16 лет, среди них было 26 девочек и 18 мальчиков. Всем больным кроме клинико-лабораторного исследования проводилась доплерэхокардиография, регистрация стандартной ЭКГ покоя в 12 отведениях, по показаниям – холтеровское мониторирование ЭКГ. Для верификации диагноза первичного ПМК использовались диагностические критерии, предложенные на основании проводимого Фремингемского исследования. Пациентов с 1 степенью ПМК было 24 (57,1%), со 2 степенью – 18 (42,9%). Митральная регургитация 1-2 степени отмечалась у 35 больных (83,3%).

Результаты исследования. Анализ проведенных исследований показал, что клиническая картина при ПМК у обследованных отличалась выраженным полиморфизмом. Большинство пациентов предъявляли многочисленные жалобы вегетативного характера: на кардиалгии, учащенное сердцебиение, повышенную утомляемость, чувство нехватки воздуха, головные боли, укачивание в транспорте.

Наиболее часто отмечались жалобы на боли в левой половине грудной клетки – 65,8%. Кардиалгии чаще всего были кратковременными, носили колющий или ноющий характер. По мнению многих авторов, возможные механизмы развития кардиалгий при ПМК – локальная ишемия миокарда в результате натяжения папиллярных мышц.

Обращала на себя внимание высокая частота стигм соединительнотканного дизэмбриогенеза, отмечавшаяся более чем в половине всех наблюдений.

При клинически значимом ПМК наиболее характерными аускультативными признаками являлись средне- или позднесистолический «клик» и/или систолический шум над верхушкой сердца.

Следует отметить, что в 6 случаях (14,3%) у детей выявлялись «немые» пролапсы, не сопровождающиеся аускультативными феноменами.

Электрокардиографические изменения касались прежде всего нарушений процессов реполяризации желудочков. Уплотнение и инверсия зубцов Т, а также депрессия сегмента ST преимущественно в левых грудных отведениях регистрировались у 32 больных (76,2%).

Различные нарушения сердечного ритма выявлены у 9 больных (21,4%): синусовая брадикардия – 2, синусовая тахикардия – 3, синусовая аритмия – 1, миграция водителя ритма – 1, суправентрикулярная экстрасистолия – 1, синдром WPW – 1.

Выводы. Таким образом, первичный ПМК у детей и подростков в большинстве случаев протекает благоприятно. При этом основными клиническими проявлениями являются кардиалгии, а наиболее частыми отклонениями на ЭКГ – нарушение процессов реполяризации желудочков.

ОСОБЕННОСТИ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ ОСНОВНЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМАХ СУСТАВНОЙ ПАТОЛОГИИ: ОПТИМИЗАЦИЯ ДАННЫХ

Громова М.А.

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва

Введение. В настоящее время высокая распространенность и низкая выявляемость ревматологической патологии приводит к поздней постановке диагноза и началу терапии, что ухудшает прогноз заболевания и увеличивает период нетрудоспособности пациента. Недооценка суставного синдрома может происходить, в частности, из-за недостаточного уровня знаний патологии суставов среди врачей поликлинического звена.

Цель. Оптимизировать данные клиничко-инструментальных методов диагностики и тактику ведения пациентов с суставным синдромом с учетом длительности, стадии, степени активности патологического процесса.

Материалы и методы. Обследовано 100 пациентов с суставным синдромом: мужчин – 39%, женщин – 61%. Возраст больных колебался от 18 до 80 лет. Длительность болезни варьировала от трех дней до четырех лет. Критерии включения: больные остеоартритом (ОА, n=56); ревматоидным

артритом (РА, n=12); анкилозирующим спондилоартритом (СпА, n=5); подагрическим артритом (N=27) при отсутствии у них тяжелых сопутствующих заболеваний, способных повлиять на клинические проявления суставного синдрома. Всем пациентам проводились: сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование; оценивали клинические проявления суставного синдрома, функциональное состояние. Лабораторные и инструментальные исследования выполнялись по стандарту оказания специализированной медицинской помощи.

Результаты. Выраженность боли в суставах по шкале ВАШ для ОА составила $51,4 \pm 4,5$ мм, РА – $37,6 \pm 7,9$ мм, СпА – $36,8 \pm 1,1$ мм, подагры – $59,4 \pm 3,7$ мм. Общее состояние здоровья страдало в меньшей степени и для всех видов артропатий по шкале ВАШ, в среднем, равнялось $31,2 \pm 8,9$ мм. Отличий в значениях оценки состояния здоровья врачом по ВАШ в зависимости от пола, средней продолжительности заболевания, длительности утренней скованности не найдено ($p < 0,005$). В процессе физикального осмотра установлено, что количество и вид пораженных суставов зависели от нозологии. В результате комплексного анализа динамики клиничко-лабораторной и ультразвуковой картины при ОА, РА, СпА и подагре установлена прямая корреляционная зависимость между активностью патологического процесса, длительностью заболевания, его рентгенологической стадией и показателями сонографии. Показано, что в дебюте артропатий наблюдается преобладание пролиферативных и экссудативных процессов во внутрисуставных мягких тканях (за исключением подагрического артрита, для которого характерен изолированный выпот в полость сустава), а также тенотении, изменения хрящевой пластинки. При РА отмечена деструкция гиалиновой ткани. Ведущее дифференциально-диагностическое значение среди синдромов имели: поражение костно-хрящевой ткани (90,5% случаев), внутрисуставной выпот (62,7%), гипертрофия синовиальной оболочки (58,3%).

Заключение. Критериями особенностей проявлений заболеваний суставов следует считать: локализацию суставных поражений, вариант течения суставного синдрома (моно-, олиго- и полиартритический; серопозитивность по ревматоидному фактору и уровень мочевой кислоты), состояние хрящевой пластинки. Алгоритм клиничко-лабораторной и инструментальной диагностики, установленный по результатам динамического наблюдения, поможет врачам поликлинического звена быстро сориентировать в тактике ведения пациентов с суставным синдромом.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА И ЕГО ПРОГНОЗА

Грузманов А.К.¹, Мазуренко С.О.^{1,2}

¹Санкт-Петербургский государственный университет,

²Городская больница

Святого Великомученика Георгия,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Провести анализ ключевых факторов риска ишемического инсульта (ИИ) и оценить их влияние на прогноз заболевания.

Материалы и методы. В состав исследования вошли 190 пациентов (76 мужчин, 114 женщин, средний возраст 74,04±12,32 года), перенесших острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу (ОНМК), проходивших лечение на неврологическом отделении Санкт-Петербургской городской больницы Святого Великомученика Георгия. Данные были получены в результате сбора анамнеза, физикального осмотра, базовых лабораторных (клинический и биохимический анализы крови) и дополнительных инструментальных методов (УЗИ сердца и сосудов шеи, биоимпедансометрия). Проводилась оценка как основных факторов риска ИИ (курение, ожирение, сахарный диабет, дислипидемия, фибрилляция предсердий, атеросклероз брахиоцефальных сосудов), так и дополнительных (сердечная недостаточность, хроническая болезнь почек, снижение мышечной массы). Все анализируемые показатели были рассмотрены с точки зрения влияния на краткосрочную выживаемость методом Каплана-Майера.

Результаты и обсуждение. Анализ факторов риска показал высокую частоту распространенности модифицируемых сердечно-сосудистых факторов риска. Наиболее популярными стали – атеросклероз брахиоцефальных сосудов (73,6%), но лишь в 8,8% случаев гемодинамически значимое сужение, фибрилляция предсердий (41,1%), ожирение (64,9%), курение (32,1%). На этом фоне не столь большими кажутся цифры распространенности сахарного диабета (27,9%) и особенно дислипидемии (7,9%). Тем не менее отклонения в показателях углеводного и липидного обмена в крови встречались значительно чаще: повышенная глюкоза – 71,6% и повышенный холестерин – 43,2%. Стоит обратить внимание на большой процент встречаемости дополнительных факторов риска. Хроническая сердечная недостаточность NYHA 2 и выше – 78,6%, хроническая болезнь почек стадия 3 и выше – 75% пациентов. Только 8,3% больных имели мышечную массу, оцененную с помощью биоимпедан-

сометрии, ниже порогового значения. Ключевыми факторами, влияющими на прогноз выживаемости пациентов, стали тяжесть инсульта (P=0,000), показатели фракции выброса сердца (<59,8; P=0,003), скорости клубочковой фильтрации (<55; P=0,05), уровни глюкозы (>6,00; P=0,014), холестерина (<3,89; P=0,017), креатинина (>115; P=0,016), натрия (>145; P=0,002), калия (>5,1; P=0,000), а также соотношение лейкоцитов (>8,1; P=0,000) и лимфоцитов (<1,48; P=0,005). При этом основные факторы риска развития ИИ, за исключением сахарного диабета (P=0,009), продемонстрировали низкую прогностическую ценность с точки зрения оценки краткосрочной выживаемости.

Выводы. Подавляющее большинство пациентов имели сразу несколько хронических состояний, повышающих риск развития ОНМК. При этом настоящие цифры распространенности факторов риска могут оказаться даже больше. Оценка интракраниального атеросклероза и пароксизмальной формы фибрилляции предсердий ограничены инструментальными возможностями, а уровень выявленных отклонений биохимических показателей не соответствовал частоте установленных диагнозов, что может свидетельствовать о недостаточной первичной профилактике. Тем не менее, наличие факторов риска ИИ не оказывает значимого влияния на краткосрочную выживаемость. В этом аспекте большая роль принадлежит тяжести инсульта и показателям общего состояния организма.

КОМОРБИДНОСТЬ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Грунина Е.А., Кашенок Е.А.

Приволжский исследовательский
медицинский университет,
г. Нижний Новгород

Цель исследования. Изучить структуру и частоту коморбидных заболеваний у больных ревматоидным артритом (РА) в условиях реальной клинической практики.

Материал и методы. Изучили истории болезни 60 больных РА, находившихся на лечении в ревматологическом отделении ГКБ №5 г. Н. Новгорода в 2018 г. Диагноз РА был установлен в соответствии с критериями ACR/EULAR (2010).

Результаты и обсуждение. В исследование были включены 12 мужчин и 48 женщин. Средний возраст больных – 60 лет, минимальный 30, макси-

мальный – 86. 41 пациент был серопозитивен по ревматоидному фактору был, 19 были серонегативными.

Коморбидные состояния выявлялись у 93,2% больных. Артериальную гипертензию имели 38 пациентов (63,3%), ишемическую болезнь сердца – 14 (23%), сахарный диабет – 6, варикозную болезнь нижних конечностей – 4, хронический гастрит – 9, хронический холецистит – 4, хронический панкреатит – 6, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – 4, остеоартрит – 16, анемии различного генеза – 6.

Среднее значение индекса коморбидности Charlson – 4,44. Препредиктивное значение выживаемости в ближайшие 10 лет в соответствии с этим индексом – 41,4%

Заключение. У больных РА имеется большое количество коморбидной патологии. В среди коморбидных состояний преобладают артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца, а также хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, и сахарный диабет, что может затруднять выбор методов лечения.

ОПОРТУНИСТИЧЕСКИЕ МИКРООРГАНИЗМЫ В СТРУКТУРЕ КОМОРБИДНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Гульнева М.Ю., Носков С.М., Малафеева Э.В.
Ярославский государственный
медицинский университет,
г. Ярославль

В настоящее время на фоне современной терапии прогноз ревматических заболеваний улучшается, однако негативное воздействие коморбидных состояний остается весьма существенным. У больных ревматоидным артритом (РА) коморбидные инфекции развиваются в 1,5 раза чаще, чем в популяции, и могут быть одной из причин летального исхода заболевания.

Цель исследования. Изучение особенностей микрофлоры открытых биотопов организма больных ревматоидным артритом на фоне перенесенных коморбидных инфекций.

Материалы и методы. В работе представлены результаты изучения коморбидных инфекций у 70 больных РА на основании анкетирования, клинического и бактериологического обследования. Проанализирована этиологическая структура инфекций в анамнезе. Проведено сравнительное исследование микрофлоры слизистых оболочек верх-

них дыхательных путей и мочи с определением ее видового состава у больных РА, в анамнезе у которых установлены коморбидные инфекции. У 49 пациентов (70%) были установлены воспалительные заболевания органов мочевыделительной системы и верхних дыхательных путей. Группу сравнения составили больные РА, в анамнезе у которых коморбидные инфекции не выявлялись.

Результаты и обсуждения. При исследовании характера микрофлоры слизистой оболочки носа у больных РА, в анамнезе у которых отмечались инфекции верхних дыхательных путей, *S. aureus* был выделен в 38,5% случаев. У лиц группы сравнения *S. aureus* не обнаружен ($p < 0,01$). При этом эпидермальный стафилококк выявлялся существенно реже, у 11,54% больных. Наряду с этим у данных пациентов чаще определялись энтеробактерии родов *Klebsiella* (15,4%), *Escherichia* (8,5%) и *Morganella* (3,9%). У пациентов группы сравнения были выделены только бактерии рода *Klebsiella* в 2,3% случаев ($p < 0,05$). Результаты изучения характера микрофлоры мочи показали, что бактериурия определялась у 100% больных, в анамнезе у которых отмечены коморбидные инфекции мочевыводящей системы, в то время как у больных РА группы сравнения микроорганизмы в моче обнаруживались существенно реже в 70% случаев ($p < 0,01$). Видовой состав микроорганизмов мочи значительно не отличался по частоте выделения отдельных видов у больных двух групп ($p > 0,05$). Ведущая роль принадлежала *E. coli* соответственно у 47,83% и 53,96% пациентов ($p > 0,05$). С высокой частотой у больных обеих групп определялись энтеробактерии рода *Proteus*, соответственно у 26,1% и 23,1% пациентов ($p > 0,05$). Этот факт согласуется с рядом данных, подтверждающих гипотезу, что РА, возможно, обусловлен бессимптомными инфекциями мочевых путей, вызванными бактериями рода *Proteus*. Наличие микроорганизмов в открытых биотопах на фоне коморбидной инфекции свидетельствует о нарушении элиминации условно-патогенных микроорганизмов, что может определять рецидивирующее течение инфекционных процессов у больных РА.

Выводы. 1. У больных ревматоидным артритом перенесенные коморбидные инфекции в анамнезе проявлялись колонизацией слизистых оболочек носа коагулазоположительным стафилококком, бактериями семейства *Enterobacteriaceae*. 2. Наличие коморбидных инфекций в анамнезе у пациентов с ревматоидным артритом в 100% случаев сочеталось с бессимптомной бактериурией, что следует расценивать поводом для дальнейшего диагностического поиска скрытых хронических воспалительных заболеваний.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Гумерова В.Е., Сайганов С.А.

Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель. Оценить суточную вариабельность систолического артериального давления (САД) и диастолического артериального давления (ДАД) у пациентов с артериальной гипертензией и субклиническим атеросклерозом, ишемической болезнью сердца в сравнении со здоровыми лицами.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 166 человек, сопоставимых по возрасту. Все пациенты были разделены на 4 группы: пациенты с артериальной гипертензией (АГ) – группа 1 (42), с АГ и субклиническим атеросклерозом (СА) – группа – 2 (52), с АГ и ишемической болезнью сердца (ИБС) – группа – 3 (39), контрольная группа (без АГ, СА, ИБС) – группа – 4 (33). Всем участникам кроме сбора анамнестических, клинико-лабораторных данных, дуплексного исследования экстракраниальных сегментов сонных артерий проводилось суточное мониторирование артериального давления с оценкой суточной вариабельности.

Результаты и обсуждение. При анализе полученных данных у пациентов из контрольной группы достоверно ниже была суточная вариабельность САД ($12,91 \pm 2,92$; $p < 0,01$) по сравнению с другими группами. В остальных группах вариабельность САД была без значимых различий ($15,5 \pm 3,19$; $16,12 \pm 5,17$; $15,64 \pm 4,27$ соответственно). Достоверные различия ($p < 0,05$) были выявлены между вариабельностью ДАД в контрольной группе ($10,7 \pm 2,54$) и в группе пациентов с АГ и СА ($12,12 \pm 3,31$). В группах 1 и 3 не было выявлено достоверных различий по сравнению с контрольной группой ($11,6 \pm 2,29$; $11,38 \pm 3,39$ соответственно).

Выводы. Наличие артериальной гипертензии ассоциируется с повышением вариабельности САД независимо от существования клинически значимого или скрытого атеросклеротического процесса.

Вариабельность ДАД у пациентов с АГ и СА значительно выше контрольной группы, что вероятно связано с изменениями параметров ригидности сосудистой стенки у пациентов этой группы.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ: ЗА И ПРОТИВ

Гурина Л.Н.¹, Бондарчук А.Н.¹, Денисик Н.И.²,
Полякова Г.Ф.², Новосад Е.А.³

¹Гродненский государственный
медицинский университет,

²Гродненская областная
детская клиническая больница,

³Гродненский областной
клинический перинатальный центр,
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Совершенствование методов лечения и выхаживания недоношенных новорожденных привело к значительному снижению показателей младенческой смертности в данной группе детей. Проблема хронических заболеваний и инвалидности, дальнейшее качество жизни недоношенных младенцев с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении остается актуальным во всем мире. Одно из лидирующих мест по причине нарушения здоровья у недоношенных младенцев занимает ретинопатия недоношенных, которая в дальнейшем может приводить к потере зрения.

Цель. Изучить отдаленные результаты оперативного лечения ретинопатии недоношенных.

Материалы и методы исследования. Группу наблюдения составили 76 новорожденных детей, которым в неонатальном периоде проведено оперативное лечение ретинопатии недоношенных методом транспупиллярной контактной лазерной коагуляции сетчатки. Лечение проводилось на базе отделения новорожденных УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» в период с 2014 по 2018 годы.

Результаты. Данные анамнеза, клинической характеристики группы получены в результате анализа сведений из медицинской документации форма №003/у-7 «Медицинская карта стационарного пациента», форма №112/у «Медицинская карта развития ребенка». В ходе ретроспективного анализа было определено, что среди недоношенных младенцев, которым проведена лазеркоагуляция сетчатки, были дети, рожденные до 32 недель беременности. Из них 37 детей (48,6%) с гестационным возрастом до 28 недель, 24 (31,6%) новорожденных были рождены в сроке гестации с 28 до 30 недель, 15 новорожденных (19,7%) с гестационным возрастом более 30 недель.

При изучении состояния зрения этих детей (оперативное лечение ретинопатии недоношенных 2014-2018 гг.) в конце 2019 начале 2020 годов нами получены следующие данные. Большинство наблюдаемых детей остаются здоровыми – 37 (48,7%), 24 ребенка (31,8%) находятся в группе риска по астиг-

матизму. Афакия с отсложкой сетчатки была отмечена у 7 (9,2%) детей. Расходящееся и сходящееся косоглазие после оперативного лечения диагностировано у 8 младенцев (9,9%).

Выводы. Таким образом, анализ полученных данных показал, что половина детей оперированных в периоде новорожденности методом транспупиллярной контактной лазерной коагуляции сетчатки, не имела проблем со зрением. 1/3 детей составила группу риска по астигматизму. Около 10% прооперированных детей имели косоглазие. И лишь у 9,2% пациентов наблюдали афакию с отсложкой сетчатки. Полученные данные подтверждают эффективность транспупиллярной контактной лазерной коагуляции сетчатки в лечении ретинопатии недоношенных новорожденных, с хорошим прогнозом для жизни и здоровья ребенка.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ АНИЗОЦИТОЗА ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Гусейнов Г.Э.^{1,2}, Вершинин А.А.¹, Шилов В.В.^{1,2}

¹Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
²Северо-Западный научный центр
гигиены и общественного здоровья,
Санкт-Петербург

Актуальность. Проблема злоупотребления алкоголя в России остается одной из самых актуальных на сегодняшний день. На 2019 год Россия занимает 7 место в мире по потребления алкоголя на душу населения. Хроническое потребление алкоголя вызывает системное воздействие и в основном поражает сердечно-сосудистую, нервно-мышечную системы и желудочно-кишечный тракт. Однако у людей с алкоголизмом часто встречается анемия различного генеза. В острой фазе анемия может быть не диагностирована из-за гемоконцентрации. При этом показатели гемоглобина, эритроцитоза, MCV и гематокрита часто соответствуют норме, поэтому необходим универсальный диагностический критерий для диагностики анемии. Таким критерием может выступать показатель анизозитоза эритроцитов RDW-CV (Red Blood cells distribution width – coefficient of variation). Его увеличение связано с дефицитом витаминов В12, В9 и железа при регулярном употреблении алкоголя.

Цель. Провести статистический анализ уровня RDW-CV у пациентов, поступивших с острым пероральным отравлением этанолом.

Материалы и методы. Объектом для исследования послужили данные биохимического анализа

крови больных с тяжелой и средней степенью тяжести острого перорального отравления этанолом (ОПОЭ). В данном исследовании были исследованы анализы крови 144 больных в возрасте от 18 до 80 лет. Все пациенты были поделены на 3 группы (1, 2 и 3). Первые две группы включали в себя всех пациентов, поступивших на отделения с диагнозом ОПОЭ, при этом группа 1 включала всех пациентов с хроническим алкогольным анамнезом – это люди, состоявшие на учете в наркодиспансере с диагнозом «хронический алкоголизм» и многократно поступавшие пациенты (>2 раз за год). 2 группа – впервые госпитализированные с диагнозом ОПОЭ. Группа 3 – контрольная, включает пациентов, госпитализированных по не связанным с отравлением алкоголем причинам.

Результаты. По результатам статистического анализа, в группу 1 вошли 53 пациента, среднее значение уровня RDW-CV составило $20,7 \pm 3,0\%$, 86,7% больных имели RDW-CV выше верхней границы нормы ($>14,8\%$). В группу 2 вошло 47 пациентов, средний уровень RDW-CV которых составил $16,1 \pm 2,4\%$, при этом у 48,9% данный показатель был выше нормы. В группе 3 (контрольная) среди 44 пациентов средний уровень RDW-CV составил $13,7 \pm 1,9\%$, лишь у 15,9% он был выше нормы. Статистически значимой разницы между средним уровнем RDW-CV по сравнению с контрольной группой было выявлено только у 1 группы, где $p=0.045$ (<0.05), для группы 2 $p=0.434$.

Выводы. Таким образом, повышение RDW-CV может указывать на наличие анемии различного генеза у пациентов с хронической алкогольной интоксикацией. Пациентам, поступивших с острым пероральным отравлением этанолом и повышенным уровнем RDW-CV, необходимо проводить дальнейшее обследование после окончания острого периода интоксикации с дополнительной медикаментозной терапией препаратами железа/витаминами В9/В12 для лечения анемии, а также коррекция диеты.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ИКСЕКИЗУМАБ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ

Дадалова А.М., Самигуллина Р.Р.,
Василенко Е.А., Мазуров В.И.

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель работы. Описать опыт применения препарата иксекизумаб у пациента с псориатическим артритом высокой активности с неэффективностью трех генно-инженерных биологических препаратов.

Материалы и методы. Пациент П. 35 лет обратился в центр генно-инженерной биологической терапии (ГИБТ) ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова в июле 2019 года с жалобами на псориазические высыпания на коже волосистой части головы, туловища и конечностей, псориазические изменения ногтей, на боли в мелких суставах кистей и стоп, лучезапястных, коленных, голеностопных суставах, шейном и поясничном отделах позвоночника, утреннюю скованность в течение 3-4 часов.

Из анамнеза известно, что в 2002 году дебют псориаза и суставного синдрома после перенесенного ОРВИ. При госпитализации в КРБ №25 диагноз: реактивный артрит, получал противовирусную терапию, инфузии ГКС, плазмаферез №3, начат прием преднизолона 20 мг, сульфасалазина 2 г в сутки с положительным эффектом. После выписки полная отмена ГКС через шесть месяцев, прием сульфасалазина прекращен в связи с повышением трансаминаз. С 2002 г. по 2009 г. неоднократные госпитализации по поводу рецидивирующих увеитов, у ревматолога не наблюдался, принимал НПВП по требованию, сохранялись «дежурные бляшки» в области локтевых суставов, волосистой части головы, голенях. С 2009 г. по 2015 г. отмечал постепенное нарастание суставного синдрома, «дежурные бляшки» прежней локализации, постоянный прием НПВП. В феврале 2015 г. во время госпитализации в КРБ №25 по результатам обследования (лабораторно СОЭ 68 мм/ч, СРБ 67 мг/л, рентгенографически двусторонний сакроилиит в стадии анкилозирования) верифицирован диагноз: псориазический артрит, ассоциированный с HLA-B27, смешанный (спондилоартритический и полиартритический) вариант: спондилоартрит, полиартрит, дактилиты, системные проявления (хронический рецидивирующий увеит ОУ). Проведены инфузии дексаметазона 8 мг №3, назначен метотрексат 15 мг в неделю (при попытке увеличения дозы повышение трансаминаз), преднизолон 5 мг в сутки. После выписки обратился в центр ГИБТ ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, с августа 2015 г. терапия ингибитором фактора некроза опухоли альфа (ФНО- α) в варианте инфликсимаб («Ремикейд») 5 мг/кг с положительным эффектом. В связи с ускользанием эффекта с февраля 2017 г. переведен на терапию Адалимумабом («Хумира») 40 мг подкожно 1 раз в 2 недели с эффектом – полный регресс псориазических высыпаний, суставного синдрома. С мая 2018 г. ускользание эффекта после двухмесячной нерегулярной терапии метотрексатом, адалимумабом на фоне ОРЗ, к терапии добавлен метипред 8 мг в сутки. В связи с прогрессированием кожного и суставного синдромов, рецидивами увеитов (4 эпизода с мая 2018 г.) с февраля 2019 г. смена те-

рапии на цертолизумаб пэгол («Симзия») с эффектом лишь во время индукции терапии. Во время госпитализации в КРБ №25 с 01.07.19 по 17.07.19 при обследовании высокая активность (СОЭ 62-72 мм/ч, СРБ – 162 мг/л), рентгенографически отрицательная динамика по сравнению с 2017г., проведена пульс-терапия метилпреднизолоном 250 №3, увеличена доза метипреда до 12 мг в сутки, сохранялась потребность в ежедневном приеме НПВП (диклофенак 200-300 мг в сутки).

Результаты. С 29.07.2019 г. инициирована терапия ингибитором интерлейкина-17 – иксекизумаб («Талс») в первый день 160 мг, затем по 80 мг 1 раз в 2 недели в первые 12 недель, затем по 80 мг каждые 4 недели. Всего проведено 11 инъекций, на фоне терапии положительная динамика в виде уменьшения суставного и кожного синдромов, нормализации острофазовых показателей, сохраняются периодические боли нагрузочного характера в коленных суставах, поясничном отделе позвоночника, гиперпигментация в области разрешившихся бляшек на коже туловища и конечностей, единичные бляшки в диаметре до 0,5-1 см, рецидивов увеита не было. На фоне терапии снижение дозы метипреда с 12 до 4 мг в сутки, отсутствие потребности в приеме НПВП. При оценке активности псориазического артрита на фоне терапии: СОЭ 72 – 19 мм/ч, СРБ 162,1 – 0 мг/л, BSA 51% – 0,25%, PASI 43,6 – 0, DAPSA 78,2 – 2, ASDAS CRP 5,11 – 1,12, BASDAI 4,85 – 1, BASFI 5,3 – 0,7, MASES 6 – 0, LEI 2 – 0, SPARCC 6 – 0, NAPSI 28 – 8.

Выводы. Данный клинический случай демонстрирует пример успешного лечения псориазического артрита высокой активности ингибитором ИЛ-17 (иксекизумаб «Талс») даже после неэффективности трех ингибиторов ФНО- α .

ЭКСПРЕССИЯ IL-13 В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ ПРИ РАЗНЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ

Данильченко Е.А.¹, Васильева В.Ю.¹,
Матвеева М.Р.¹, Ереско С.О.², Айрапетов М.И.¹

¹Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет,

²Санкт-Петербургский национальный
исследовательский университет

информационных технологий, механики и оптики,
Санкт-Петербург

Цель работы. Анализ литературы, в которой, был исследован уровень экспрессии IL-13 в головном мозге при различных патологических состояниях.

Материалы и методы. Проанализировано 5 публикаций с 2015 по 2019 год с использованием электронной библиотеки «PubMed». Поиск задавался по ключевым словам: Interleukin-13, neuroinflammation.

Результаты. Были получены данные о том, что IL-13 может инициировать переход из M1 состояния в M2 состояние и ослаблять выработку медиаторов воспаления, например, IL-1 β , IL-6, TNF- α , TGF- β , циклооксигеназу-2 и индуцибельную синтазу оксида азота. M1-относится к провосполительному типу, этот тип микроглии участвует в воспалительном ответе ЦНС. M2-антивоспалительный тип, основная функция которого экспрессия IL-10 и аргиназы, стимулирующих регенерацию ткани после повреждения. Повышенная экспрессия M1 IL-13, IL-10, IL-4 индуцирует ее переход в M2. В одном из исследований [2] инъекция IL-13 заметно уменьшала ишемическое повреждение головного мозга. IL-13 вводили внутривенно изменяя состояние активации микроглии в сторону M2 фенотипа, обеспечивая функциональное восстановление. При болезни Паркинсона нейровосполнение может привести к потере нейронов дофамина. Активация IL-13 α 1 способствует потере нейронов дофамина, происходящей в мозге мышей после сильного хронического иммобилизационного стресса. IL-13 α 1 экспрессируется на нейронах дофамина в Substantia nigra, его активация повышает восприимчивость этих клеток к окислительному стрессу. Авторы обнаружили, что стресс повышает уровень IL-13, стимулирует активацию микроглии и повышает окислительный стресс, который обуславливает токсичность IL-13. Также исследователями было обнаружено, что интоксикация этанолом мышей с ЧМТ подавляет острый нейровоспалительный ответ. Этанол оказывает подавляющее действие на несколько связанных с воспалением цитокинов, таких как IL-6, MCP-1 и GM-CSF, одновременно повышая внутрибрюшинные уровни IL-13, наблюдаемый пик в IL-13 может происходить на периферии или в головном мозге.

Выводы. Изученные работы позволяют сделать вывод, что IL-13 играет важную роль в регуляции процессов нейровоспаления. IL-13 инициирует переход микроглии из M1 состояния в M2 состояние и ослабляет выработку медиаторов воспаления, инъекция IL-13 значительно уменьшала ишемическое повреждение головного мозга. Также IL-13 экспрессируется на нейронах дофамина и его активация повышает восприимчивость этих клеток к окислительному стрессу. Интоксикация этанолом комбинированная с ЧМТ повышает уровень IL-13, что может быть решающим фактором, снижающим раннее воспаление.

ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Данковцева Е.Н.^{1,2}, Тенчурина В.И.³,
Минушкина Л.О.², Спешиллов Г.И.⁴,
Затейщиков Д.А.^{1,2}

¹Городская клиническая больница №51,

²Центральная государственная медицинская академия,

³Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова,

⁴Генетическая лаборатория ООО «Ридсенс»,
Москва

Цель исследования. Изучить особенности течения легочной артериальной гипертензии (ЛАГ) у больных с разными полиморфными вариантами генов BMPR2, ACVRL1 и ENG.

Материал и методы исследования. В исследование включен 71 больной (57 женщин (80,3%) и 14 мужчин (19,7%), средний возраст 49,9 \pm 16,48 лет) с ЛАГ. 34 больных имели идиопатическую ЛАГ, 22 – врожденные пороки сердца, 3 страдали заболеваниями печени, 1 – с болезнью Рендю-Ослера и 11 с системными заболеваниями соединительной ткани.

Выделение ДНК выполнялось из крови на спин-колонках QiaAMP (Qiagen, США). Секвенирование следующего поколения проводилось на платформе Illumina MiSeq. Найденные мутации в формате vcf были отфильтрованы, для выявления вариаций, ассоциированных с ЛАГ. Были отобраны мутации, соответствующие следующим SNP из базы dbSNP: rs1061157(ген BMPR2, 2811G>A), rs1800956(ген ENG, 1096G>C), rs2071219(ген ACVRL1, 11107A>G) и rs3739817(ген ENG, 1029C>T).

Результаты исследования. Были проанализированы возможные ассоциации изученных полиморфных маркеров со скоростью прогрессирования заболевания (время от появления первых симптомов до достижения 3 ФК ЛГ по ВОЗ), появлением мерцательной аритмии, сердечной недостаточности, уровнем NT-proBNP и характеристиками правого желудочка (TAPSE). Существенных ассоциаций между генетическими вариантами и скоростью прогрессирования, наличием мерцательной аритмии и параметрами правого желудочка не выявлено. Полиморфизм rs1061157 в гене BMPR2 оказался ассоциирован с наличием симптомной хронической сердечной недостаточности (XCH) и максимальным уровнем NT-proBNP. Частоты генотипов оказались у больных без XCH – GG-30 (71.4%), GA – 12 (28.6%), AA – 0. У больных с XCH: GG – 19 (65.5%), GA – 6 (20,7%), AA – 4 (13,8%), p=0,043. Больные с генотипом AA имели достоверно более высокий максимальный уровень

NT-proBNP – 9342±10237.0 пг/мл по сравнению с носителями генотипа GA (4611±4646,3 пг/мл) и GG (2322±3563,8 пг/мл), $p=0,041$. Ранее была показана ассоциация этого генотипа с развитием ЛАГ у больных с ВПС [1, 2]. Для других маркеров ассоциации с наличием ХСН не выявлено.

Вывод. Носительство аллеля А маркера rs1061157 в гене BMP2 ассоциировано с наличием ХСН и высоким уровнем NT-proBNP у больных с ЛАГ.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. СИНДРОМ ЭКТОПИЧЕСКОЙ ПРОДУКЦИИ АКТГ

Денисенко А.О., Еременко Т.В.,
Кудряшова М.Н., Токарева М.С.

Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Описание и представление клинического наблюдения пациента с синдромом эктопической продукции АКТГ.

Материалы и методы. Анализ клинического случая пациентки с синдромом эктопической продукции АКТГ.

Результаты и обсуждение. Пациентка С., 60 лет поступила в эндокринологическое отделение клиники им. Э.Э. Эйхвальда 12.09.2019 г. с жалобами на: резкие боли в области левого тазобедренного сустава, мышечную слабость, одышку при минимальной физической нагрузке, потемнение кожных покровов, склонность к появлению «синячков на теле», увеличение размеров лица и верхней части тела, истончение конечностей, отеки нижних конечностей, повышение АД до 150/100 мм рт.ст., сухость во рту и постоянную жажду. Считает себя больной с 2017 г., когда родственники впервые отметили увеличение размеров лица и верхней части туловища, гиперпигментацию кожных покровов в области локтевых сгибов и ладоней, с июля 2018 г. потемнение кожи лица, верхней части туловища. В ноябре 2018 г. появились отеки нижних конечностей. Объективные данные. Отмечаются плаксивость и нестабильный эмоциональный фон. ИМТ 28,3. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, распределена неравномерно по «кушингоидному типу». Гиперпигментация кожных покровов, кожа истонченная, подкожные кровоизлияния в местах инъекций. Отеки нижних конечностей до уровня колен. Оволосение по женскому типу. Гипотония мышц верхних и нижних конечностей.

Биохимический анализ крови. Общий белок 56,3 (66-87) г/л. Калий 1,6 (3,6-5) ммоль/л. Натрий 142 (135-145) ммоль/л. Ионизированный кальций 1,02 (1,15-1,3) ммоль/л. Микроальбумин мочи: 64,9 (0-20,0) мг/л. Уровень АКТГ: 9 часов-167 (<46) пг/мл, 21 час-189 (<20) пг/мл. Уровень кортизола 9 часов – 848 (138-690) нмоль/л, 21 час-624(70-345) нмоль/л. Малая и большая дексаметазоновые пробы: отрицательные (кортизол после 1 мг ДМТ в 23:00 ч – 815 (<55) нмоль/л, 2 мг ДМТ в течение 2-х дней 724 (<55) нмоль/л, после ночного теста с 8 мг ДМТ – 657,0 (<55) нмоль/л). Хромограмм А: 201.2 (<108) нг/мл. Свободный кортизол слюны 23 часа: 74,4 (2,5-9) нмоль/л. Свободный кортизол мочи: 423 (20-65) мкг/сут. Исследование уровней гормонов коры надпочечников в крови методом ВЭЖХ. Кортизол 358,4 (45-140) нг/мл. Кортизон 24 (10-25) нг/мл. Кортикостерон 6,9 (<3) нг/мл. 18-гидрокостекостерон 34,1 (<1) нг/мл. 11-дегитрокортикостерон 1,6 (<3) нг/мл. 11-дезоксикортизол 0,5 (<2) нг/мл.

Селективный забор из каменистых синусов. АКТГ левый каменистый синус – 169 (<46) пг/мл. АКТГ правый каменистый синус – 182 (<46) пг/мл. АКТГ периферия – 151 (<46) пг/мл. МРТ гипофиза с контрастированием. Структурные изменения не выявлены. МСКТ органов грудной клетки. Узловое периферическое образование нижней доли левого легкого, образование вблизи устья правой нижней легочной вены. Рентгенограмма тазобедренных суставов. Определяется диффузный остеопороз. Головка левой бедренной кости отсутствует.

С учетом наличия тяжелой формы гиперкортицизма, осложненного электролитными, метаболическими и сердечно-сосудистыми нарушениями, 15.10. 2019 г. была произведена двухсторонняя адреналэктомия. Гистология операционного материала: двусторонняя диффузно-узловатая гиперплазия клубочковой, сетчатой и пучковой зон коры надпочечников.

Выводы. Данный клинический случай доказывает всю сложность выбора наиболее рационального метода лечения. Основное лечение данного заболевания – удаление первичной опухоли, продуцирующей АКТГ. Но в некоторых случаях, как например в нашем, при наличии тяжелой сопутствующей патологии и/или осложнений удаление первичной опухоли не представляется возможным. Одним из вариантов устранения эндогенного гиперкортицизма – проведение двусторонней адреналэктомии. В дальнейшем подобные больные нуждаются в пожизненном приеме заместительной терапии препаратами глюкокортикоидов и возможно минералокортикоидов, что требует тщательного наблюдения эндокринолога.

СОСУДИСТЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПЕРЕКРЕСТНОЙ ФОРМЕ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Деснинова О.В., Старовойтова М.Н., Ананьева Л.П.
Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Перекрестная форма системной склеродермии (пССД) – представитель широко известной группы overlap-синдромов в ревматологии, вызывает большие затруднения в диагностическом и терапевтическом плане.

Цель. Выявить особенности сосудистых нарушений у пациентов пССД.

Материал и методы. Наблюдалось 100 пациентов с пССД из них 68 пациентов с ССД-полимиозитом/дерматомиозитом (ПМ/ДМ) (ж:м 52:16), в возрасте от 17 до 74 лет (в среднем $43 \pm 13,9$) и длительностью заболевания в среднем 5 (2-7) лет и 32 пациента с ССД-РА (ж:м 31:1), в возрасте от 17 до 74 лет (в среднем $48 \pm 14,8$) и длительностью заболевания в среднем 11,5 (5-18,5) лет. Группу сравнения составили 100 пациентов с классической системной склеродермией (кССД) (ж:м 90:10), в возрасте от 51 до 75 лет (в среднем $51 \pm 12,9$) и длительностью заболевания в среднем 10,6 (5-13,5) лет.

Результаты. У 1/3 больных ССД-ПМ/ДМ феномен Рейно (ФР) предшествовал развитию кожных изменений и был первым симптомом проявления заболевания (33%), у большинства развился в первый год болезни (68%), но только у 6 (9%) – носил изолированный характер, в остальных случаях сочетался с суставным синдромом, кожными изменениями и мышечной патологией. Ишемические дигитальные нарушения (рубчики, язвочки) в первый год болезни имели 7 больных (10%), к концу 3 года – наблюдались у 1/3 больных ССД-ПМ (32%). У 29 пациентов (43%) развились рецидивирующие дигитальные трофические нарушения, в виде дигитальных рубчиков у 12 (18%), дигитальных язвочек у 16 (23,5%) и дигитального некроза дистальной фаланги у 1 пациентки (1,5%).

У 25 (78%) больных ССД-РА имело место постепенное моносимптомное начало заболевания с изолированного ФР, по типу хронической кССД. У 29 пациентов ССД-РА (91%) ФР развился в первый год болезни, причем у 23 (72%) – был первым признаком болезни, у 12 (37,5%) – предшествовал развитию кожной и суставной симптоматики. Сосудистые расстройства прогрессировали при нарастании длительности и активности процесса. У 7 пациентов (22%) развились рецидивирующие дигитальные трофические нарушения с преимущественной локализацией в области пальцев рук в виде дигитальных

рубчиков и у 3 (9%) – дигитальных язвочек, которые развились в среднем через $11,66 \pm 7,62$ лет от начала заболевания. При корреляционном анализе выявлена связь возраста больных с наличием телеангиэктазий ($p < 0,02$). Достоверно чаще развивались дигитальные трофические нарушения у пациентов с большей длительностью заболевания ($p < 0,05$).

При сравнении пациентов пССД и кССД ФР наблюдался у всех больных, но при пССД реже развивались дигитальные сосудисто-трофические нарушения в виде рубчиков, язвочек ($p < 0,02$) и некрозов ($< 0,001$). Также достоверно реже наблюдались телеангиэктазии и остеолит ($p = 0,04$), что отличает эту форму от лимитированной кССД. В то же время суставная и мышечная патология в соответствии с выделенными подгруппами была значительно более выраженной, чем при кССД.

Выводы. При пССД значительно реже, чем при кССД развиваются дигитальные трофические нарушения (язвочки, некрозы), а также телеангиэктазии и остеолит, что следует учитывать при лечении данной группы больных.

СИСТЕМНАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ В СОЧЕТАНИИ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Деснинова О.В., Старовойтова М.Н., Бабак В.В.,
Ананьева Л.П., Шаяхметова Р.У., Гарзанова Л.А.,
Овсянникова О.Б., Конева О.А.
Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Перекрестная форма системной склеродермии (ССД) представляет собой сочетание ССД с другими системными заболеваниями. Частота перекрестных форм в зависимости от их характера колеблется от 5 до 20% системных заболеваний соединительной ткани. Сочетание ССД и системной красной волчанки (СКВ) встречается относительно редко.

Цель исследования. Изучить особенности дебюта и клинических проявлений ССД-СКВ.

Материалы и методы. Наблюдалось 11 пациентов с ССД-СКВ (ж:м 11:0), в возрасте от 24 до 58 лет (в среднем $34 \pm 10,7$) и длительностью заболевания в среднем 15,04 (2,5-26) лет, с длительностью наблюдения в среднем 5,8 (1,5-10) лет. Пациенты удовлетворяли диагностическим критериям ССД (EULAR/ACR, 2013 г.) и СКВ (SLICC, 2012 г.).

Результаты. Превалировало лимитированное поражение кожи (91%). Синдром Рейно отмечался у всех пациентов и наряду с кожным синдромом чаще развивался в первые 3 года заболевания. Дигитальные

язвы имели 45% пациентов и некрозы – 18%, которые развивались спустя 4 года от начала болезни. Суставной синдром отмечался у всех пациентов, представлен был преимущественно полиартралгиями и развивался у 73% пациентов в первые 5 лет болезни. Характерное для ССД поражение внутренних органов отмечалось у 64% пациентов: гипотония пищевода (54,5%), ИПЛ (36%) с развитием в одном случае ЛГ (9%), адгезивный перикардит (36%), ЛАГ (9%). У 1/3 пациентов генерализация ССД развилась в первые 5 лет болезни. Помимо клинических проявлений ССД пациенты также имели поражение кожи характерное для СКВ: эритема (82%), фотодерматит (73%), алопеция (45%) и поражение слизистых: энантема (18%), язвенный афтозный стоматит (36%), хейлит (27%), которые развились почти у половины пациентов (45%) в первые 5 лет болезни. Миалгии/проксимальная мышечная слабость наблюдались лишь в одном клиническом случае на 9 году заболевания. Поражение почек (нефрит) имелось у 36%, из них у половины пациентов развилось впервые 4 года болезни. Редко развивались плеврит (9%) и полинейропатия (9%). Имелись гематологические нарушения: Кумбс позитивная анемия (73%), лейкопения (45%), тромбоцитопения (18%). Все пациенты были позитивны по АНФ (титр $\geq 1/1280$) и имели АТ к ds ДНК. Выявлялись специфические аутоантитела: а-РНП (72%), АЦА (10%), а-Scl 70 – (11%), анти-Ro/SS-A (70%), анти-La/SS-B (22%), а-Sm (66%), гипокомплементемия (55%). Клиническая картина обоих заболеваний развивалась параллельно, однако у большинства больных первым диагнозом был ССД, поскольку проявления соответствовали критериям заболевания. Типичная картина СКВ развивалась позже. В процессе наблюдения проявления ССД доминировали над проявлением СКВ. В целом течение заболевания было доброкачественным.

Вывод. Знание и своевременное выявление патологической симптоматики, характерной для двух заболеваний, способствуют назначению адекватной терапии и улучшения прогноза заболевания в целом.

ОСОБЕННОСТИ ДЕБЮТА ПЕРЕКРЕСТНОЙ ФОРМЫ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Деснинова О.В., Старовойтова М.Н.,
Шаяхметова Р.У., Ананьева Л.П., Бабак В.В.,
Гарзанова Л.А., Овсянникова О.Б., Конева О.А.
Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Сочетание системной склеродермии (ССД) с другими заболеваниями соединительной ткани (поли/

дерматомиозит (ПМ/ДМ), ревматоидный артрит (РА), системная красная волчанка (СКВ) и др.) является одной из мало изученных клинических форм ССД.

Цель. Изучение особенностей дебюта ССД-ПМ/ДМ, ССД-РА и ССД-СКВ.

Материалы и методы. Обследовано 111 пациентов, из них 68 – ССД-ПМ/ДМ (ж:м 52:16, $43 \pm 13,9$ лет, длительность заболевания 5 (2-7) лет) и 32 – ССД-РА (ж:м 41:1, $47 \pm 15,1$ лет, длительность заболевания 11,5 (5-18,5) лет) и 11 женщин ССД-СКВ ($34 \pm 10,76$ лет, длительность заболевания 15.04 (2,5-26) лет). Длительность наблюдения пациентов в среднем составила 11.4 (2-15,5) лет.

Результаты. У 80% пациентов ССД-ПМ/ДМ первый год заболевания представлен развернутой клинической картиной, включающей сосудистый, кожный, суставной и мышечный синдромы. Синдром Рейно (СР) у 1/3 был первым симптомом, у 68% развился в первый год болезни, у 9% носил изолированный характер. Рубчики, язвочки имели 10% больных в первый год заболевания, к концу 3 года отмечались у 1/3. Склеродермическое поражение кожи развилось в первые 3 года заболевания у 85%, из них у 65% – в первый год болезни и у 22% носило диффузный характер, сочетаясь с гиперпигментацией (10%). Характерные для ДМ изменения кожи (симптомы Готтрона, очков, ладонного гиперкератоза) в первый год имелись у 6%. Суставной синдром (артралгии, артриты) в первый год заболевания имелся у 53%. Симптомы ПМ (миалгии, мышечная слабость) отмечались у большинства больных 75% в первые 3-4 года заболевания, причем, в первые 1,5 года – у 53%, в первые 6 месяцев – у 35% из них. У 10% мышечный синдром сочетался с дисфагией, у 25% – с потерей веса, у 22% – с субфебрилитетом/лихорадкой. Миалгия/мышечная слабость изолированно в первый год болезни встречались редко (4%).

У 78% больных ССД-РА имелось постепенное моносимптомное начало заболевания с изолированного СР, по типу хронической ССД. В первый год болезни СР развился у 91%, у 72% был первым признаком болезни, у 38% – предшествовал развитию кожной и суставной симптоматики. Суставной синдром был выражен у более половины больных (56%) уже в начале заболевания, а в последующие годы развился у всех больных, в дебюте у 1/4 части пациентов предшествовал кожным изменениям, сочетаясь с синдромом Рейно и лишь у 9% суставные проявления развились раньше кожного и сосудистого синдромов.

У 64% пациентов ССД-СКВ превалировало подострое течение болезни. В первые 3 года СР развился у 82%, у 64% из них в первый год заболевания. Дигитальный язвы имели 18% пациентов в первые 2 года болезни. Преобладало лимитированное поражение кожи, которое развилось в первые 3 года болезни

у 73% и у половины из них в первый год сочетаясь с диффузной гиперпигментацией кожи (18%). Суставной синдром имели 54% в первые 3 года заболевания. Кожные проявления СКВ (эритема, алопеция, фотодерматит), поражение слизистых (энантема, язвенный стоматит) и гематологические нарушения (анемия, лейкопения, тромбоцитопения) в первые 3 года болезни имели 1/3 больных с развитием нефрита (9%) и плеврита (9%). У остальных пациентов клиника СКВ присоединилась спустя 5 лет от начала заболевания. Все пациенты имели иммунологические нарушения (АНФ и анти-ДНК позитивные).

Выводы. Наиболее яркая клиническая картина отмечалась у пациентов ССД-ПМ/ДМ в первые 3 года заболевания и также быстрее диагностировалась, чем при других сочетаниях ССД. Знание и своевременное выявление патологической симптоматики способствуют назначению адекватной терапии и улучшению прогноза заболевания в целом.

СРАВНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ И ТЕРАПИИ С ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛОАРТРИТЕ

Джуманиёзов Д.И., Бердиева Д.У., Арипова Н.А.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Введение. Анкилозирующий спондилит (АС) является одним из наиболее часто встречающихся ревматических заболеваний, его распространенность среди терапевтических пациентов составляет 0,5-2%. Так как полноценно вылечить данный недуг по сей день является невозможным, врачи назначают препараты для симптоматического лечения.

Цель. Сравнить эффективности базисной терапии и терапии с генно-инженерными препаратами при анкилозирующий спондилоартрите.

Материалы и методы. В данном исследовании мы выбрали 27 пациентов с АС на разных стадиях заболевания и разделили их на 2 контрольные группы по 14/13 человек. В ходе исследования первой группе пациентов назначалась стандартная терапия при АС, включающая в себе: преднизалон, метатрексат, диклофенак, сульфасалазин. Второй группе были назначены генно-инженерные биологические препараты (ГИБП). В частности, энбрел (этанерцепт) и ремикейд (инфликсимаб). Оба контрольные группы находились под врачебным наблюдением в течении 6 месяцев.

Для контроля эффективности терапии проводилось наблюдение за показателями BASDAI раз в месяц. И отмечали другие относительные изменения качества жизни у пациентов. По итогам наблюдения было составлено личная статистика для каждого пациента и составлено общая диаграмма, показывающая результаты терапии.

Результаты. В конце исследования все пациенты были разделены на 3 подгруппы в зависимости от эффекта терапии:

1. С положительным эффектом терапии.
2. С нейтральным эффектом (без изменений или же терапия привела к небольшим изменениям).
3. С отрицательным эффектом терапии.

В первой контрольной группе 50% пациентов были внесены в 1-подгруппу и 50% пациентов в 2-подгруппу. А во второй подгруппе соотношение пациентов в подгруппах были почти равнозначны:

- 1-подгруппа 33,3%;
- 2-подгруппа – 33,3%;
- 3-подгруппа – 33,3%.

Выводы. Из вышеприведенных результатов были сделаны следующие выводы: Генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) являются намного эффективными в сравнение с препаратами стандартной терапии. У подавляюще большинство пациентов получившие ГИБП в качестве терапии отметились положительные изменения в графике. Сами ГИБП отличались друг от друга по разным свойствам. Препарат Энбрел имеет намного ниже побочных эффектов по сравнению с Ремикейд. Стоимость препаратов стандартной терапии и ГИБП были сравнимы и не имели существенной разницы в цене. Препараты стандартной терапии при АС не всегда имели положительный эффект, о чем свидетельствует 40% пациентов, получившие данную группу препаратов. У них отметились ухудшение общего состояния.

ВЫЯВЛЕНИЕ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНЫХ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Джураева Э.Р., Зияева Ф.К.,
Бердиева Д.У., Арипова Н.А.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Введение. В последние годы возрос интерес к пониманию патогенетических путей преждевремен-

ного ускорения атеросклероза (АС) при системной красной волчанке (СКВ). В недавно проведенных исследованиях было доказано, что субклиническое («low grade») воспаление в сосудистой стенке, характерное для СКВ, создает предпосылку для раннего атеросклеротического поражения сосудов и обусловленных им тяжелых сердечно-сосудистых осложнений. Среди наиболее «ранних» маркеров субклинически текущего АС рассматривается увеличение толщины комплекса интима-медиа (КИМ) сонных артерий.

Цель. Выявление атеросклеротического поражения экстракраниальных сосудов у больных СКВ.

Материал и методы. Обследовано 88 больных женского пола с диагнозом СКВ (диагностические критерии АКР, 1997), находившихся на стационарном лечении в отделениях кардиоревматологии и ревматологии и артрологии 1-клиники ТМА. Возраст пациентов варьировал от 18 до 58 лет (средний – $35,6 \pm 0,7$ лет), длительность заболевания – от 1 до 552 месяцев (средняя – $132,9 \pm 7,7$ мес). Контрольную группу составили 65 лиц, не имеющих признаков ревматических, инфекционных и обострения хронических воспалительных заболеваний. На момент исследования число пациентов со средней степенью активности заболевания составило 41%, низкой и высокой степенью активности было одинаково по 29,5%. В обеих группах проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ) сонных артерий с целью выявления атеросклеротического поражения сосудов. Определяли толщину комплекса интима-медиа (КИМ) сонных артерий (мм). Атеросклеротическое поражение сосудов оценивали по значению КИМ в виде утолщения интима-медиа (от 0,9 до 1,2 мм) и обнаружению атеросклеротических бляшек (АТБ) (локальное увеличение толщины КИМ $>1,2$ мм).

Результаты. По данным УЗИ, атеросклеротическое поражение сонных артерий определялось у 43,1% больных СКВ, при этом утолщение КИМ – у 19,3%, АТБ – у 23,8% пациентов. Значения средней и максимальной толщины КИМ при СКВ составили $0,77 \pm 0,01$ мм и $0,10 \pm 0,03$ мм vs $0,70 \pm 0,01$ мм и $0,83 \pm 0,01$ мм – в контроле ($p=0,003$ и $0,001$ соответственно). Анализ результатов показал, что АТБ, сочетание утолщения КИМ и АТБ встречались достоверно чаще у пациентов с СКВ, чем в контрольной группе, риск развития атеросклеротического поражения сонных артерий составил 1,47.

Вывод. Полученные результаты свидетельствуют об ускоренном развитии атеросклеротического поражения сосудов у больных СКВ, что указывает на необходимость проведения активной профилактики и лечения атеросклероза, как и при других заболеваниях с высоким риском кардиоваскулярной летальности.

ЧАСТОТА ОСТЕОПОРОЗА И САРКОПИИ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ

Добровольская О.В., Демин Н.В., Баранова М.М.,
Шебзухова Д.М., Феклистов А.Ю., Торопцова Н.В.
Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Определить частоту остеопороза (ОП) и саркопии у больных остеоартритом (ОА).

Материал и методы. В исследование включены 40 женщин в возрасте 40 лет и старше (медиана 63 [55; 68] лет) с ОА I-III стадии по Kellgren-Lawrence, без асептических некрозов. Всем пациентам проведены антропометрические измерения, двуэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (dual x-ray absorptiometry, DXA, Hologic Discovery A) поясничного отдела позвоночника, проксимального отдела бедра (ПОБ) и всего тела, при которой были определены общее содержание жировой массы и аппендикулярная мышечная масса с последующим расчетом аппендикулярного мышечного индекса (АМИ). Сила мышц определялась по результатам кистевой динамометрии и теста «Подъем со стула». Исследование одобрено этическим комитетом ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой. Все пациенты подписали информированное согласие на участие.

Результаты. Средние абсолютные значения МПК у пациентов с ОА составили $0,966 \pm 0,165$ г/см² в поясничном отделе позвоночника, $0,723 \pm 0,138$ г/см² в шейке бедра и $0,854 \pm 0,202$ г/см² – общий показатель ПОБ. У 17 (43%) женщин МПК в пределах нормальных значений была во всех областях измерения, а у 23 (57%) обследованных лиц обнаружено снижение МПК: у 7 (17%) женщин выявлен ОП, у 16 (40%) – остеопения. ОП значимо чаще встречался в поясничном отделе позвоночника – у 15% пациентов по сравнению с ПОБ – у 3% обследованных лиц ($p < 0,05$).

При оценке мышечной силы с помощью кистевой динамометрии у 2 (5%) человек сила сжатия составила менее 16 кг, у 4 (10%) пациенток время выполнения теста «Подъем со стула 5 раз» составило более 15 секунд или тест не был выполнен. Низкая мышечная сила по результатам обоих тестов отмечена у 16 (40%) пациентов с ОА. Всего по результатам тестов оценки мышечной силы у 22 (56%) женщин установлена вероятная саркопия по критериям Европейской рабочей группы по изучению саркопии (European Working Group on Sarcopenia in Older people 2, EWGSOP2).

Общее содержание жировой массы более 35%, выявленной при проведении DXA всего тела, что соответствует ожирению, обнаружено у 29 (73%) женщин. В тоже время индекс массы тела (ИМТ) более 30 кг/м² имелся только у 16 (40%) пациенток. Среди пациенток с ожирением по данным DXA сниженная мышечная сила обнаружена у 20 (69%) человек. Средний АМИ у обследованных лиц составил 7,2±0,9 кг/м², а АМИ меньше 6 кг/м² выявлен только у одной женщины, которой установлен диагноз достоверной саркопении. У женщин с ожирением не было выявлено ни одного человека с низким АМИ.

Выводы. Частота ОП составила 17%, остеопении – 40%. Вероятная саркопения выявлена у 56%, а подтвержденная саркопения – лишь у 2,5% обследованных лиц. Для женщин с ОА более характерно наличие ожирения и низкой мышечной силы без уменьшения массы мышц.

ФАКТОРЫ РИСКА САРКОПЕНИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Добровольская О.В., Никитинская О.А.,
Демин Н.В., Меньшикова А.Г.,
Колхидова З.А., Торопцова Н.В.

Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Выявить предикторы саркопении у больных, страдающих ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы. В исследование включены 79 женщин (средний возраст 60 [55; 65] лет) с достоверным РА I-II функционального класса. Обследование включало антропометрические измерения, кистевую динамометрию, определение скорости ходьбы, тесты «Подъем со стула», «Встань и иди» и двуэнергетическую рентгеновскую абсорбциометрию (dual x-ray absorptiometry, DXA, Hologic Discovery A) поясничного отдела позвоночника, проксимального отдела бедра и всего тела. Исследование одобрено этическим комитетом ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой. Все участники подписали информированное согласие.

Результаты. Подтвержденная саркопения по критериям Европейской рабочей группы по изучению саркопении (European Working Group on Sarcopenia in Older people 2, EWGSOP2) выявлена у 20 человек на основании снижения мышеч-

ной силы по результатам динамометрии и теста «Подъем со стула» в сочетании с низким аппендикулярным мышечным индексом, рассчитанным с использованием показателей DXA всего тела. Больные с саркопенией не отличались от лиц с нормальной мышечной массой по возрасту (медиана 59 [53; 64] лет и 60 [55; 67] лет, соответственно). Средние значения индекса массы тела (ИМТ) составили 24 [22; 26] кг/м² у пациентов с саркопенией и 28 [25; 32] кг/м² у лиц с нормальной мышечной массой (p=0,0001). Среди женщин с саркопенией доля лиц с нормальным ИМТ была значимо выше, а с ИМТ больше 30 кг/м² – ниже, чем у пациентов с нормальной мышечной массой. В тоже время доля лиц с ожирением по данным анализа состава тела с помощью DXA (общее содержание жировой массы более 35%) среди женщин с нормальным ИМТ была значимо выше среди больных РА с саркопенией. Группы больных РА с саркопенией и без нее значимо различались по длительности течения основного заболевания, по величине окружностей плеч, голеней и бедер с обеих сторон. Не было выявлено различий в результатах теста «Подъем со стула» и тестов оценки мышечной функции в зависимости от снижения мышечной массы, что может указывать на связь этих показателей с ограничением движений вследствие поражения суставов, а не из-за мышечной слабости. Аппендикулярный мышечный индекс (АМИ) прямо коррелировал с ИМТ, индексом коморбидности, окружностями плеча, голени и бедра, дозой метотрексата, уровнем креатинина и мочевой кислоты сыворотки крови, минеральной плотностью костной ткани во всех трех областях измерения осевого скелета и числом падений за год, предшествовавший обследованию. Значимые обратные корреляции выявлены между АМИ и приемом глюкокортикоидов (ГК), результатами динамометрии и длительностью РА. По результатам однофакторного логистического регрессионного анализа определены наиболее значимые параметры, связанные с саркопенией у больных РА: длительность заболевания (p=0,0012), ИМТ (p=0,0001), наличие переломов в анамнезе (p=0,024), прием ГК (0,010), уровень креатинина сыворотки крови (p=0,046), аппендикулярная жировая масса (p=0,016), сила кисти не доминантной руки (p=0,003), окружности плеча, голени и бедра с обеих сторон.

Выводы. Длительность заболевания, ИМТ, наличие переломов в анамнезе, прием ГК, уровень креатинина в крови, аппендикулярная жировая масса, окружности плеч, голеней, бедер и сила кисти не доминантной руки являются наиболее значимыми предикторами саркопении у больных РА.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ОНКОПАТОЛОГИЕЙ НА ФОНЕ УЛЬТРАКОРОТКОГО ПРИЕМА ДВОЙНОЙ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ В СВЯЗИ С ПРЕДСТОЯЩЕЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПО ПОВОДУ ОНКОПАТОЛОГИИ

Домбровский М.М., Никитина Т.Г.,
Самсонова Н.Н., Петросян К.В., Бокерия Л.А.
Национальный медицинский исследовательский
центр сердечно-сосудистой хирургии
имени А.Н. Бакулева,
Москва

Цель. Оценить результаты чрескожных коронарных вмешательств у больных с ИБС и онкопатологией с учетом необходимости ультракороткого приема двойной антитромбоцитарной терапии перед хирургическим лечением злокачественных опухолей.

Материал. В период с 2008 по 2019 гг. в НМИЦ ССХ 37 пациентам было выполнено ЧКВ с последующим хирургическим лечением онкопатологии. Стенты без лекарственного покрытия были имплантированы 20 (54%) больным, с лекарственным покрытием – 17 (46%) пациентам. Выбор стента определялся сроками планируемого лечения онкопатологии: при возможном неотложном хирургическом вмешательстве предпочтение отдавали стентам без лекарственного покрытия. У всех пациентов чрескожное коронарное вмешательство было выполнено на фоне достигнутого целевого уровня агрегации тромбоцитов (менее 45%). После выписки пациенты продолжали получать клопидогрел в дозе 75 мг и ацетилсалициловую кислоту в дозе 100-150 мг. Вторым этапом (в среднем через 2,5 месяца после ЧКВ) всем больным было выполнено хирургическое лечение онкопатологии. Учитывая объем планируемого вмешательства, а также соотношения риска кровотечений/ишемических осложнений, в предоперационном периоде была определена дальнейшая схема антитромбоцитарной терапии: 26 (70,3%) пациентам за 5 дней до хирургического вмешательства было рекомендовано временно прекратить двойную антитромбоцитарную терапию (ДАТТ) и перейти на подкожное введение гепарина до 15000 в сутки, а 11 (29,7%) – проводить хирургическое лечение

на фоне ацетилсалициловой кислоты. Возврат к ДАТТ был рекомендован в течение первых 6-48 часов после операции.

Результаты. Не было отмечено значимой интраоперационной кровопотери, а также острых нарушений коронарного кровоснабжения в предоперационном, интра- и раннем послеоперационном периодах. Летальные исходы отмечены у 2 (5,4%) пациентов в отдаленные сроки после ЧКВ и были обусловлены рецидивом онкопатологии.

Выводы. Назначение и строгое соблюдение ДАТТ в течение 1-2 месяцев после ЧКВ позволили провести второй этап лечения без значимых осложнений. При отсутствии высокого риска интраоперационного кровотечения, определяемого, как правило, объемом хирургического вмешательства, рекомендовано не прерывать терапию ацетилсалициловой кислотой. При соблюдении оптимальных сроков ДАТТ после ЧКВ возможна временная отмена антиагрегантов с назначением гепарина в предоперационном периоде.

ПОКАЗАНИЯ К АРТРОПЛАСТИКЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Доронина А.А., Вороков А.А.,
Ткаченко А.Н., Хайдаров В.М.
Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Уточнить показания к эндопротезированию тазобедренного сустава на основе анализа отдаленных результатов.

Материалы и методы. С 2007 по 2017 год включительно, в клинике травматологии и ортопедии СЗГМУ им. И.И. Мечникова и Международном медицинском центре «СОГАЗ» эндопротезирование тазобедренного сустава (ЭТБС) перенесли 3052 пациентов. У 595 пострадавших показанием к операции была травма тазобедренного сустава. В 2457 случаях артропластика выполнялась в связи с ортопедической патологией. Функциональные результаты по W.H. Harris (1987) изучены в сроки не менее 1 года после операции: у 489 пациентов после артропластики, выполненной по поводу перелома шейки бедренной кости, и у 2012 пациентов, перенесших ЭТБС вне связи с травмой. Также в динамике оценивали качество жизни и удовлетворенность пациента результатами операции.

Результаты и обсуждение. Среди пострадавших, как правило, с переломами шейки бедрен-

ной кости отличные и хорошие результаты через 12 месяцев после ЭТБС отмечены в 438 (89,6%) случаях среди 489. В группе больных, перенесших ЭТБС в связи с ортопедическими заболеваниями, выявлены наиболее неблагоприятные исходы. Количество отличных и хороших результатов к 5 годам после проведения ЭТБС среди пациентов с патологией нетравматического генеза уменьшается с 83 до 56%. А численность пациентов, не удовлетворенных результатами лечения, увеличивается с 15% через год после операции до 35% через 5 лет после ЭТБС. Среди 1304 больных, оперированных с 2007 по 2012 гг. (группа пациентов ортопедического профиля), где на момент обследования можно было оценить 5-летние результаты, эти сведения получены у 913 (70%) человек. В 320 среди 913 (35%) наблюдений результаты артропластики субъективно расценивались как неудовлетворительные. В 117 случаях среди них при ретроспективном изучении первичной медицинской документации было выявлено, что болевой синдром был умеренной интенсивности, а рентгенологическая картина представляла собой остеоартроз II ст. Ранее, до введения в РФ квот на высокотехнологичные методы лечения остеоартроза, такие пациенты лечились в основном консервативными методами. При этом исследований, посвященных стоимости разных видов лечения остеоартроза и осложнений ЭТБС, базирующихся на значительном клиническом материале, на сегодняшний день нет. В настоящее время есть много методов консервативного лечения остеоартроза: разработаны новые фармпрепараты, применяются методы физического воздействия, активно исследуется клеточная терапия и др. Вероятно, при остеоартрозе тазобедренного сустава, без интенсивного болевого синдрома или без выраженных изменений структур сустава, лечение целесообразно начинать с консервативных методов. Прошло уже более 10 лет с тех пор, как в рамках приоритетного национального проекта «Здоровья» и улучшения государственного финансирования в РФ положение с эндопротезированием крупных суставов вышло на новый уровень. Эффективно решается проблема удовлетворения потребности населения в ЭТБС, увеличилось количество учреждений, оказывающих данный вид медицинской помощи, в этих подразделениях растет оперативная активность.

Выводы. В настоящее время в России накоплен достаточный опыт ЭТБС. Наиболее благоприятны результаты этого вида лечения при травме тазобедренного сустава. Вероятно, настала необходимость проведения исследования, которое, позволит выработать четкие критерии отбора пациентов для проведения им консервативного или хирургического метода лечения.

ОСОБЕННОСТИ РАСЧЕТА ЗАТРАТ НА ПРОВЕДЕНИЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КРУПНЫХ СУСТАВОВ ПРИ ТРАВМАХ И В СЛУЧАЯХ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

**Доронина А.А., Хайдаров В.М., Ткаченко А.Н.,
Вороков А.А., Мансуров Д.Ш.**

Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Разработать способ расчета затрат на лечение пациентов, нуждающихся в эндопротезировании коленных и тазобедренных суставов.

Материалы и методы. За период с 2014 по 2018 гг. включительно в клинике травматологии и ортопедии СЗГМУ им И.И. Мечникова было выполнено 2147 первичных эндопротезирований коленного и тазобедренного суставов у 2064 пациентов, в возрасте от 23 до 95 лет. При среднем возрасте больных $52,5 \pm 8,4$ года большинство (348 – 65,3%) пациентов составили женщины. Все эти пациенты перенесли хирургическое лечение. Выписано из клиники 2138 больных. Послеоперационная летальность составила (0,5% – 9 больных).

В большинстве (1694 – 70,2%) случаев показанием к эндопротезированию коленного и тазобедренного сустава был остеоартроз. Ревматоидный артрит коленного и тазобедренного сустава был показанием к артропластике у 164 (7,7% пациентов), переломы и ложный сустав отмечались у 224 (10,5%) больных, диспластический артроз констатирован в 56 (2,6%) наблюдениях.

Результаты и обсуждение. Расчет лечения пациента, перенесшего эндопротезирование крупных суставов, подразумевал сумму коэффициентов, количественно характеризующих весомость следующих параметров: показания к артропластике (травма или ортопедическая патология); пол; возраст; индекс массы тела; сопутствующие заболевания; риск анестезиологического пособия по ASA; длительность госпитализации; сведения об операции (длительность оперативного вмешательства, сведения об интраоперационных осложнениях, данные об интраоперационной кровопотере); сроки нахождения в отделении реанимации и интенсивной терапии, стоимость металлоконструкции, наличие инфекции области хирургического вмешательства и др.

При сравнительном анализе сведений о стоимости лечения пациентов, перенесших артропла-

стику крупных суставов, выявлено, что наиболее дорогостоящим является лечение больных с ревматоидным артритом крупных суставов, а наименее затратным – эндопротезирование при травме тазобедренного или коленного суставов.

Выводы. Расчет затрат на лечение пациентов, нуждающихся в артропластике коленных и тазобедренных суставов должен осуществляться дифференцированно, с учетом множества параметров, наиболее значимые из которых: показания к операции; индекс массы тела; сопутствующие заболевания; риск анестезиологического пособия по ASA; длительность госпитализации; сроки нахождения в отделении реанимации; стоимость металлоконструкции; наличие инфекции области хирургического вмешательства и др. Предложенный способ целесообразно применять при планировании расходов специализированных подразделений лечебно-профилактических учреждений разного лицензионного ранга.

СИНДРОМ НИЗКОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГИСТАМИНУ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Доценко Э.А.

Белорусский государственный
медицинский университет,
Минск, Республика Беларусь

Определение. СНТ – IgE-независимая реакция, обусловленная снижением активности диаминоксидазы (DAO), приводящая к повышению уровня гистамина в организме и развитию клинических симптомов после приема богатой гистамином пищи, алкоголя, ряда лекарственных препаратов.

Патогенез. Имеет место дисбаланс между синтезом и разрушением гистамина. Гистамин метаболизируется двумя путями: (1) путем окислительного дезаминирования с участием диаминоксидазы (DAO) (ранее известную как «гистаминаза»); (2) путем метилирования с участием гистамин-N-метилтрансферазы (HNMT). Выработка DAO может уменьшаться при повреждении энтероцитов вследствие заболеваний желудочно-кишечного тракта, распад гистамина конкурентно ингибируется другими биогенными аминами, алкоголем, лекарственными препаратами.

Клинические проявления. Со стороны желудочно-кишечного тракта: диарея, запор, метеоризм и чувство переполнения в животе, желудочные колики, боли в эпигастрии, тошнота, рвота.

Симптомы «голова-шея»: мигреноподобная головная боль, ринит и слезотечение при отсутствии признаков аллергии, приступы головокружения, приступы внезапной усталости, чувство оглушенности, отеки Квинке, покраснение лица и груди.

Кожные симптомы: зуд, кожная сыпь, экзема, крапивница, акне.

Сердечно-сосудистые симптомы: аритмии – тахикардия, нерегулярный сердечный ритм, гипотензия.

Со стороны бронхолегочного аппарата: бронхиальная астма, ринит.

Гинекологические проблемы: дисменорея, альгоменорея, СНТ исчезает во время беременности и возвращается после рождения ребенка, циклические головными боли.

Диагностика синдрома низкой толерантности к гистамину. Тщательный сбор анамнеза (с акцентом на продукты или лекарств, которые могут повлиять на метаболизм гистамина), проведение аллергологического обследования пациента для исключения истинной пищевой аллергии, исследование триптазы сыворотки для исключения мастоцитоза. В большинстве случаев диагноз устанавливают при наличии у пациента не менее двух типичных симптомов, улучшения его состояния на фоне приема антигистаминных препаратов, соблюдения не содержащей гистамин диеты, а также уменьшения уровня активности DAO и/или повышения гистамина. При подозрении на СНТ показано определение активности DAO в сыворотке крови: (1) активность DAO < 3 U/ml наводит на мысль о наличии НТГ; (2) активность ее < 10 U/ml предполагает вероятную НТГ; (3) активность, превышающая или равная 10 U/ml, делает диагноз НТГ маловероятным.

Возможности лечения синдрома низкой толерантности к гистамину. Основой лечения пациентов является ограничение поступления экзогенного гистамина путем соблюдения безгистаминовой диеты. Алкоголь и «зрелые» или кисломолочные продукты (зрелый сыр, вяленое мясо, дрожжевые продукты, шпинат, помидоры), либо продукты, способствующие выделению гистамина, должны быть исключены из пищевого рациона. Для нормализации функции DAO назначают витамин С, витамин В6, препараты цинка, магния и меди. Прием с профилактической целью антагонистов H1- и H2-рецепторов гистамина показан в тех случаях, когда невозможно избежать употребления продуктов с высоким содержанием гистамина (например, во время путешествия). В ряде исследований рекомендуется прием преднизолона внутрь в дозе 40 мг за 3 и 6 часов до оперативного вмешательства в сочетании с антагонистом H1- и H2-рецепторов.

ИССЛЕДОВАНИЕ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, ПРИНИМАЮЩИХ АМИОДАРОН

Дробышева Е.С., Овсянников Е.С.,
Шаповалова М.М., Перцев А.В., Феськова А.А.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Цель. Изучить структуру нарушений функции щитовидной железы у пожилых пациентов при приеме амиодарона с целью удержания синусового ритма, страдающих персистирующей фибрилляцией предсердий (ПФП).

Материалы и методы. В исследование были включены 94 пациента (25 мужчин, 69 женщин), проживающих в Воронеже и Воронежской области. В возрасте от 55 до 75 лет с персистирующей фибрилляцией предсердий, принимающих амиодарон для контроля ритма более шести месяцев в суточной дозе 200 мг, пять дней в неделю. У всех пациентов до начала лечения патологии щитовидной железы выявлено не было. На этапе формирования групп оценивалось: функция щитовидной железы (УЗИ щитовидной железы, определение уровня ТТГ, свободного Т3, свободного Т4 методом непрямого иммуноферментного анализа), так же проводилось клиническое обследование, которое включало в себя: расспрос, физикальное обследование, наблюдение за динамикой состояния в течение лечения, регистрацию ЭКГ, клинические анализы крови, мочи, кроме того проводились биохимические исследования уровня общего белка, глюкозы, общего холестерина, β -липопротеидов, ЛПНП, АсАТ, АлАТ. Для оценки функции щитовидной железы использовались определения: эутиреоз – уровень гормонов щитовидной железы в пределах нормы (ТТГ – 0,25-3,5 МЕ/л, Т4 свободный 9-20 пМоль/л, Т3 свободный 4,1-8,2 пмоль/л). Гипотиреоз- уровень ТТГ повышен Т4, Т3 снижен при манифестной форме, и в пределах нормы при субклинической форме. Тиреотоксикоз – снижен уровень ТТГ и повышен Т3, Т4.

Результаты и их обсуждение. Среди лиц пожилого возраста, страдающих персистирующей фибрилляцией предсердий, длительно принимающих амиодарон в суточной дозе 200 мг, дисфункция щитовидной железы развивается в 32,9% случаев. У пациентов, имеющих в анамнезе заболевания щитовидной железы, амиодарон-ассоциированный гипотиреоз развивается значительно чаще и составляет 31,7%, по сравнению с группой пациентов, где исходно щитовидная железа не была поражена и

составляла 15% случаев. Развитие амиодарон-ассоциированного тиреотоксикоза преобладает в группе пожилых пациентов с интактной щитовидной железой, частота его развития составила 13% случаев, в то время как среди пациентов, имеющих патологию щитовидной железы, распространенность дисфункции – 7%.

Выводы. У пожилых пациентов с персистирующей формой фибрилляции предсердий, получающих кордарон для удержания сердечного ритма более шести месяцев, развивается дисфункция щитовидной железы. Развитие гипотиреоза или тиреотоксикоза сопровождается ослаблением антиаритмической активности препарата.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ИНОСТРАННЫХ УЧАЩИХСЯ БЕЛОРУССКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Дрощенко В.В., Яковлева Е.В.
Белорусский государственный
медицинский университет,
Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Оценить психоэмоциональный и гемодинамический статус студентов 1-го курса медицинского факультета иностранных учащихся Белорусского государственного медицинского университета.

Материалы и методы. В исследование был включен 41 студент 1-го курса медицинского факультета иностранных учащихся (обучение на английском языке) в возрасте от 17 до 26 лет, что составило около 25% от всех студентов первого курса с английским языком обучения. Изучение психоэмоционального состояния проводилось с помощью валидизированного опросника определения уровня тревожности, депрессии и стресса DASS21. Опрос проводился не позднее чем за неделю до начала экзаменов или не ранее чем через неделю после успешного окончания экзаменационной сессии.

Гемодинамический фенотип определялся по методике количественного анализа связей параметров артериального давления (КАСПАД).

Результаты и обсуждение. Всего была обработана 41 анкета. Из них девушек было 20 (49%), юношей 21 (51%). Средний возраст 20±1.8 года. Повышенный уровень как минимум одного из трех определяемых по опроснику факторов – тревоги, де-

прессии и стресса – по данным анкетирования был весьма распространен, достигая 66%, и несколько чаще встречался у женщин – в 75% случаев против 57% у мужчин. Распространенность повышенной тревожности также была весьма высока, достигая 63%, и была несколько больше у женщин – 75% против 52% у мужчин, при этом распространенность сильного или чрезвычайно сильного уровня тревожности у женщин была достоверно выше, чем у мужчин (у 40% и у 10% соответственно, $p < 0,05$). Повышенный уровень депрессии по данным опросника также чаще выявлялся у женщин (40%), чем у мужчин (24%).

Гемодинамический фенотип по методике КАСПАД с помощью самостоятельного контроля артериального давления с использованием автоматических тонометров был определен у 20 человек, однако только у 12 предоставленные ими данные были достаточными для достоверного определения. У 10 человек (83%) был выявлен гармонический тип гемодинамики, у 2 (17%) – дисфункциональный диастолический, и у них же определялся повышенный уровень тревожности по DASS21.

Выводы. Повышенный уровень как минимум одного из трех факторов, характеризующих психоэмоциональное состояние, – тревоги, депрессии и стресса – оказался довольно распространенным среди студентов (66%), подавляющее большинство учащихся (чаще девушки) отличались повышенным уровнем тревожности (63%). Определение значимой доли патологических типов гемодинамики требует дальнейшего исследования в отношении изучения взаимосвязи гемодинамического фенотипа и психоэмоционального состояния.

Полученные в результате исследования данные могут служить основой оптимизации условий учебной деятельности, коррекции уровня учебного стресса и сохранения здоровья студентов медицинского факультета иностранных учащихся.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В АРКТИЧЕСКОЙ ЗОНЕ

Дыбин А.С.

Северный государственный медицинский университет,
г. Архангельск

Цель исследования. Оценить влияние некоторых элементов пищевого поведения на оценку качества жизни (КЖ) военнослужащими по контракту в Арктической зоне.

Материалы и методы. В ходе исследования качества жизни военнослужащих, проходящих службу по контракту в Арктической зоне, с помощью краткой версии опросника Всемирной организации здравоохранения по изучению качества жизни (WHOQOL-BREF) было опрошено 613 человек. В дополнение к основной анкете задавались вопросы, касающиеся, в том числе, некоторых элементов пищевого поведения.

Данные были представлены в виде качественных и количественных переменных. Для количественных данных производился расчет простой средней арифметической, стандартной ошибки среднего (m). Поиск корреляций осуществлялся с помощью критерия Спирмена. Сравнение полученных результатов производилось с использованием t -критерия Стьюдента. Результаты считались достоверными при вероятности ошибки первого типа менее 5% ($p < 0,05$). Статистическая обработка данных производилась с помощью пакета программ IBM SPSS ver.25.

Результаты и обсуждение. Поиск корреляции оценки качества жизни с вопросами, касающимися некоторых элементов пищевого поведения, показал наличие статистически значимой связи с частотой употребления витаминов ($r_s = -0,16$, $p < 0,01$) и с частотой ужина менее чем за два часа до сна ($r_s = 0,18$, $p < 0,01$).

Сравнение оценок качества жизни в зависимости от частоты употребления жирной или жареной пищи показало наличие статистически значимой разницы между ежедневным приемом жирной/жареной пищи (КЖ=95,95, $m=1,65$) и приемом 1 раз в неделю (КЖ=100,09, $m=0,96$) ($t=-2,32$, $p=0,021$), а также приемом 2-3 раза в месяц (КЖ=103,03, $m=2,2$) ($t=-2,34$, $p=0,021$). Значимой оказалась разница между употреблением жирной/жареной пищи реже 2-3 раз в месяц (КЖ=94,64, $m=2,33$) с частотой 1 раз в неделю (КЖ=98,99, $m=0,65$) ($t=2,03$, $p=0,044$), а также с частотой 2-3 раза в месяц ($t=2,59$, $p=0,013$).

Частота употребления витаминов показала статистически значимую разницу в оценке КЖ при ежемесячном приеме (КЖ=102,49 балла, $m=1,61$) и 1 раз в полгода (КЖ=97,49 балла, $m=0,95$) ($t=2,69$, $p=0,008$), а также с частотой реже чем один раз в год (КЖ=97,45 балла, $m=0,87$) ($t=2,71$, $p=0,007$). Также значимой была разница между ежеквартальным приемом витаминов (КЖ=102,01, $m=1,01$) и приемом один раз в полгода ($t=3,24$, $p=0,001$), а также с приемом реже чем один раз в год ($t=3,32$, $p=0,001$).

Ежедневный ужин (КЖ=96,16, $m=1,29$) менее чем за два часа до сна имел статистически значимую разницу при оценке КЖ с частотой позднего ужина 1

раз в неделю (КЖ=100,22, m=1,04) ($t=-2,46$, $p=0,015$) и с частотой реже чем 2-3 раза в месяц (КЖ=102,37, m=1,3) ($t=-3,38$, $p=0,001$). Оценка КЖ у тех, кто ужи-нал 2-3 раза в неделю (КЖ=98,35, m=0,69) значимо отличалась от тех, кто делал это реже 2-3 раз в месяц ($t=-2,73$, $p=0,007$).

Выводы. 1. Наиболее низко качество жизни оценили военнослужащие, либо ежедневно, либо очень редко употребляющие жирную или жареную пищу. Наиболее высокая оценка качества жизни получена при частоте употребления жирного или жареного 2-3 раза в месяц. 2. Частота приема витаминов не реже 1 раза в квартал статистически значимо связана с более высокой оценкой качества жизни военнослужащими в Арктической зоне. 3. Ужин менее чем за два часа до сна чаще одного раза в неделю статистически значимо связан с более низкой оценкой качества жизни военнослужащими. 4. Обучение основам здорового пищевого поведения совместно с созданием соответствующих условий для правильного питания будет способствовать повышению качества жизни военнослужащих по контракту в Арктической зоне.

ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА НА МИНЕРАЛЬНУЮ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Дымнова С.Е.¹, Сергеева В.В.^{1,2}, Бобылева И.В.³

¹Санкт-Петербургский институт
усовершенствования врачей-экспертов,

²Госпиталь ветеранов войн,
Санкт-Петербург,

³Филиал Военно-медицинской академии С.М. Кирова,
Москва

Цель работы. Оценка минеральной плотности костной ткани (МПКТ) и качества жизни у женщин пожилого и старческого возраста с остеопорозом и в сочетании с сахарным диабетом 2 типа.

Методы и материалы. Обследованы 188 пациента, поступившие в эндокринологическое отделение с установленным диагнозом остеопороз или подозрением на наличие остеопороза за 2017-2019 гг. Из них 72 человека были с установленным диагнозом остеопороза в возрасте 54-88 лет (средний возраст $75,7 \pm 7,8$ лет). Контрольную группу составили 64 пациента в возрасте 60-86 лет. (средний возраст $76 \pm 6,6$ лет) с остеопорозом в сочетании с

сахарным диабетом 2 типа. Всем пациентам проводилось клинично-лабораторное обследование, определение уровня гликозилированного гемоглобина, показателей фосфорно-кальциевого обмена, паратгормона, УЗИ брюшной полости, ЭКГ, ЭХОКГ, по показаниям суточное ЭКГ-мониторирование, УЗИ сосудов нижних конечностей, денситометрия. Также осуществлена оценка качества жизни обследованных пациентов с применением специальных опросников и шкал.

Результаты и обсуждение. Анализ анамнеза основного заболевания показал, что остеопороз чаще выявляется в довольно старшем возрасте (65-74 года), как в основной группе – 58,3%, так и в группе сравнения – 59,4%. Переломы различной локализации имели место у 48 человек первой группы (66,7%) и у 41 пациента 2 группы (64%). При этом в 54,2% (39 человек) среди пациентов первой группы, диагноз остеопороза был установлен впервые при обращении в стационар. У 45,8% пациентов диагноз остеопороза был установлен до поступления в стационар, однако только 26 (36,1%) человек получали патогенетическое лечение остеопороза. Наибольшее снижение МПКТ наблюдалось в поясничном отделе позвоночника, как у пациентов первой (-3,1SD) так и второй группе (-3,6SD) ($p < 0,05$). 94,4% пациенток первой группы и 96,8% второй группы предъявляли жалобы на боли в позвоночнике, боли в суставах нижних конечностей – 59,7% и 75% соответственно, как правило, усиливающиеся при длительной статической или физической нагрузке. Сравнительный анализ субъективных жалоб показал, что головокружение, общая слабость, шаткость походки, нарушение равновесия, мышечная слабость, нарушение зрения, имели высокую частоту распространения в обеих группах, но значительно больший процент данных жалоб и, как следствие, значительное ухудшение качества жизни наблюдалось в группе сочетания остеопороза с сахарным диабетом 2 типа ($p > 0,05$).

Выводы. 1. Диагноз остеопороза в обеих группах исследования установлен в довольно старшем возрасте, что свидетельствует о поздней диагностике данного заболевания и, соответственно, в большинстве случаев несвоевременно начатом лечении. 2. У пациентов с сахарным диабетом наблюдается более выраженное снижение минеральной плотности костной ткани в поясничном отделе позвоночника и соответственно более высокая вероятность возникновения вертебральных переломов. 3. Значительно более выражено снижение качества жизни наблюдается у пациентов с сахарным диабетом по сравнению с группой без нарушений углеводного обмена.

ОСОБЕННОСТИ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ТАКОЦУБО И БОЛЬНЫХ ВАЗОСПАСТИЧЕСКОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Евдокимов Д.С., Гузёва В.М.

Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель. Изучить особенности вегетативной регуляции сердечного ритма у пациентов с синдромом такоцубо (СТ) и вазоспастической стенокардией (ВС).

Материалы и методы. В исследование включены пациенты, у которых, по результатам обследования в кардиологических отделениях стационаров г. Санкт-Петербурга в период с 2015 по 2020 гг., были верифицированы диагнозы СТ и ВС. Диагнозы были установлены в соответствии с последними клиническими рекомендациями. После выписки из стационара всем больным проведена оценка влияния вегетативной нервной системы (ВНС) на регуляцию сердечного ритма – исследование вариабельности сердечного ритма (ВСР) посредством кардиоритмографии (КРГ) с использованием диагностической системы «Валента»: в покое, на фоне пробы с навязанным ритмом дыхания и активной ортостатической пробы. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistica 10,0.

Результаты и их обсуждение. В исследование включено 20 пациентов с СТ (средний возраст $66\pm 3,2$ г.), все (100%) – женского пола, и 16 пациентов с ВС (средний возраст $54\pm 3,4$ г.), из них 8 (50%) мужчин и 8 (50%) женщин. Из 20 больных СТ при оценке ВСР в покое у 14 (70%) обследованных выявлялась парасимпатикотония (1 подгруппа), у 3 (15%) – симпатикотония (2 подгруппа) и еще у 3 (15%) – сбалансированный тип регуляции (3 подгруппа). Среди пациентов с ВС парасимпатикотония (4 подгруппа) определялась у 11 (69%) пациентов, симпатикотония (5 подгруппа) – у 3 (19%), нормотония (6 подгруппа) – у 2 (12%). При статистическом анализе результатов, медианы основных параметров ВСР в покое составили: среди пациентов 1 подгруппы – SDNN (0,04±0,02), HF (104,5±181,7), LF (227±634,66), VLF (57±225,7), TF (418±851,25); 4 подгруппы – SDNN (0,04±0,01), HF (116±57,55), LF (173±524,97), VLF (103±120,41), TF (517±564,13); ($r=0,013$, $p>0,05$). Во время проведения пробы с глубоким дыханием у 10 пациентов 1 подгруппы сохранялась парасимпатикотония, у всех пациентов 2 и 3 подгруппы тип регуляции не изменился.

В 4 подгруппе наблюдалось сохранение парасимпатикотонии у всех 11 пациентов, хотя с тенденцией к снижению влияния парасимпатической нервной системы. В 5 подгруппе у двоих сохранился тип регуляции, у одного – изменился на парасимпатический. В пробе с глубоким дыханием: подгруппа 1 – SDNN (0,05±0,03), HF (153±816,28), LF (146,5±318,86), VLF (139±489,74), TF (331,5±1372,37) и подгруппа 4 – SDNN (0,05±0,03), HF (235±516,15), LF (136,5±37,48), VLF (270±190,96), TF (418±1486,99) соответственно ($r=0,025$, $p>0,05$). В активной ортопробе тип нервной регуляции сохранялся у 9 пациентов 1 подгруппы и 2 пациентов 2 подгруппы. Среди 10 пациентов 4 подгруппы у 9 больных наблюдается снижение парасимпатического влияния, у 1 – усиление. У 2 пациентов из 3 и 5 подгрупп тип регуляции в ортопробе сменился на парасимпатический. Параметры ВСР 1 и 4 подгрупп при активной ортопробе: SDNN (0,06±0,04), HF (699±1721,73), LF (237±692), VLF (64±1359,95), TF (742±3231,36) и SDNN (0,05±0,03), HF (189±416,35), LF (371,5±820,72), VLF (67±134,76), TF (513±986,13) соответственно ($r=0,025$ $p>0,05$).

Выводы. 1. У большинства больных с СТ (в 70%) и с ВС (в 69%) по результатам оценки ВСР в покое выявляется парасимпатикотония, с преобладающим сохранением данного типа нервной регуляции при пробе с глубоким дыханием. 2. На фоне активной ортостатической пробы чаще выявлялась сниженная или парадоксальная реакция ВНС. 3. Результаты проведенного исследования могут свидетельствовать о вегетативной дисфункции как о компоненте патогенеза СТ и ВС.

УЗЛОВАТАЯ ЭРИТЕМА АССОЦИИРОВАННАЯ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Егорова О.Н.¹, Белов Б.С.¹, Бурденко М.В.²

¹Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,

²Российский национальный исследовательский
медицинский университет имени Н.И. Пирогова,
Москва

Типичным представителем септального панникулита является узловая эритема (УЭ), протекающая преимущественно без васкулита, развивающаяся под влиянием различных причин (инфекции, медикаменты, беременность, ревматические заболевания и др.).

Цель. Определение клинико-лабораторных особенностей, УЭ в период гестации на когорте больных, направленных в ревматологический центр.

Материалы и методы. Обследовано 22 беременных женщины с УЭ в возрасте $27,8 \pm 3,2$ лет, наблюдавшихся в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой с 2014-2019 гг. Длительность УЭ составила $1,4 \pm 0,9$ месяцев. Помимо общеклинического обследования проводили определения титров АСЛ-О, иммунологические и серологические исследования (хламидии 2-х классов, микоплазмы 2-х классов, уреоплазмы, вирусы герпеса I и II типа (ВПГ), цитомегаловирус (ЦМВ), вирус Эпштейн-Барр (ВЭБ), гепатиты В/С, йерсинии, ВИЧ и т.д.) методами ИФА, РИФ, ПЦР и иммунотурбидиметрия.

Результаты исследования. В 68,2% случаев диагноз УЭ выставлялся в 1 триместре, в 31,8% – во 2 триместре. Изучение анамнеза до беременности выявило у 11 женщин хронические заболевания: тонзиллит (5), гайморит (2), герпес (2), пиелонефрит (1) и кольпит (1). Клинический симптомокомплекс УЭ характеризовался симметричными (74%) умеренно болезненными (ВАШ боли при пальпации $41,4 \pm 23$ мм) узлами на передних (100%), реже медиальных (54,5%) и латеральных (45%) поверхностях голеней (100%) с симптомом «цветения синяка» (9%). УЭ сопровождалась субфебрильной температурой (23%) и болями в голеностопных (27%), коленных (14%) и мелких суставах кистей и стоп (14%). Повышение уровня СОЭ отмечалось у 4 человек, СРБ – у 5. Серологическое обследование показало увеличение в 3 раза и более уровней антител к вирусам семейства Herpesviridae (7), Chlamydomphila trachomatis (1), Yersinia enterocolitica (1) и АСЛ-О (2). Терапию УЭ при гестации проводили антиоксидантами (17), альфа-2 интерфероном (6), нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) (1), глюкокортикоидами (ГК) (5). У 20 беременных применяли локальную терапию (НПВП, ГК, антикоагулянт прямого действия). У 18 человек (90%) имели место нормальные срочные роды, у 2 – кесарево сечение из-за токсикоза и перенесенной беременности. Прерывание беременности имело место в 2 случаях (самопроизвольный выкидыш на 7-8 неделях и замершая беременность на 13 неделях). У 14 человек (70%) родились здоровые дети, у 2 (10%) – гидроцефалия, у 1 (5%) – двухсторонняя пневмония по причине зеленых вод у матери, по 1 случаю – пирамидальная недостаточность, наследственная дисплазия тазобедренных суставов и гемангиома на лице.

Выводы. Полученные результаты позволяют обсуждать возможность коморбидной инфекции, как кофактора активации УЭ на фоне гормональной перестройки в 1 триместре гестации, что требует дальнейших исследований.

ПАННИКУЛИТЫ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Егорова О.Н.¹, Белов Б.С.¹, Бурденко М.В.²

¹Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,

²Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва

Панникулиты (Пн) – группа гетерогенных воспалительных заболеваний, характеризуется поражением подкожной жировой клетчатки (ПЖК), опорно-двигательного аппарата и внутренних органов. Пн могут быть одним из симптомов ревматических заболеваний (РЗ).

Цель. Охарактеризовать симптоматику Пн при РЗ.

Методы. Обследовано 548 пациентов (м – 76, ж – 472) со средним возрастом 39 ± 17 лет [16; 75] с направительными диагнозами «узловатая эритема» (УЭ) или «панникулит». Помимо общеклинического обследования, проведено определение титра α -1 антитрипсина, печеночных фракций, амилазы, липазы, трипсина, ферритина, креатинфосфокиназы (КФК), компьютерная томография органов грудной клетки, УЗИ сосудов нижних конечностей, УЗИ подкожных узлов, патоморфологические исследования и внутрикожный туберкулиновый тест.

Результаты. У 40 (м – 3, ж – 37, средний возраст 42 ± 15 лет [24; 61]) из 548 больных верифицированы РЗ: болезнь Бехчета (12), системная красная волчанка (СКВ) (10), ревматоидный артрит (5), болезнь Шегрена и дерматомиозит (Дм) – по 4 случая, реактивный артрит (3), анкилозирующий спондилоартрит и эозинофильный фасциит – по 1 случаю. Выделено две формы Пн – лобулярный Пн (ЛПн) у 8 больных (4 – СКВ и 4 – Дм), который характеризовался множественными «блюдообразными» умеренно болезненными (ВАШ боли $46 \pm 19,3$ мм) уплотнениями с последующим развитием атрофии ПЖК, локализованными на нижних и верхних конечностях, реже на груди и туловище, и высокой активностью (СОЭ $32,7 \pm 12,2$ мм/ч, Нв $99 \pm 10,4$ г/%, КФК 1100 ± 345 Ед/л, ds ДНК $93,2 \pm 21$ МЕ/мл). Течение первого варианта Пн было более тяжелым и торпидным, что требовало назначения высоких доз глюкокортикоидов и цитостатических препаратов. Второй вариант Пн – септальный, встречался чаще (32) при РЗ и ассоциировался с УЭ со средней длительностью заболевания 12 ± 18 мес [1; 48], умеренной степенью активности воспалительного процесса. УЗИ и гистологическое исследование подкожных узлов подтвердили наличие СПн (с преимущественным преобладанием воспалительных изменений в септах) или ЛПн (в жировых дольках) при РЗ.

Заключение. клинико-морфологические и визуальные методы исследования способствуют ранней диагностике Пн, ассоциированной с РЗ.

ДИНАМИКА АНТИТЕЛ К ФЕРМЕНТУ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ (НА ПРИМЕРЕ КАТАЛАЗЫ) КАК ОБЪЕКТИВНЫЙ ТЕСТ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ

Емельянова О.И., Гонтарь И.П., Русанова О.А.

Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии имени А.Б. Зборовского, г. Волгоград

Цель исследования. Контроль эффективности терапии РА с помощью магнитоуправляемых сорбентов на основе каталазы.

Материалы и методы. Исследовалась сыворотка 30 доноров 58 больных РА, с достоверным диагнозом РА, постановленным на основании критериев ACR (2010 ELUAR). Антитела к каталазе определяли в ELISA-тесте с использованием магнитоуправляемого сорбента с иммобилизированной формой соответствующего антигена (модификация Гонтарь И.П. и соавт., 2002). В качестве антигена использовали коммерческий препарат КАТ производства НПО «РЕА-ХИМ» с активностью 380 Ед/мг. Эффективность лечения больных оценивалась с помощью клинико-лабораторных и иммунобиохимических показателей.

С целью изучения влияния различных видов терапии на уровень изучаемых АТ, а также для получения достоверных результатов были подобраны больные РА со II степенью активности патологического процесса и сходными клинико-лабораторными данными, сформированы из них четыре группы в зависимости от вида проводимой терапии: I группа-14 человек, принимавших только НПВП (индометацин 75-100 мг/сут); II – 16 человек, которым были назначены НПВП + парентеральное введение ГКСГ (кеналог, метипред 40 мг 1 раз в 10 дней, в/м); III – 12 человек, принимавших НПВП+ГКСГ per os (преднизолон 15-20 мг/сут); IV – 16 человек, в комплексном лечении которых использовались НПВП и лазерная терапия (рефлексотерапия и воздействие по полям). Для проведения лазерной терапии использовался АЛТ «Мустанг-био», с акупунктурными насадками А-1 и А-2, а также МА-1. Методика лазеротерапии: контактная стабильная по полям; длина волны 0,89 мкм, ИМ 6-8 Вт, ЧИ 1500 Гц, время воздействия на одно поле 1-2 мин; на курс 10-12 процедур.

Результаты и обсуждение. При изучении динамики антител к КАТ у больных РА в зависимости от вида проводимой терапии было получено, что наименьшие изменения эти показатели претерпевают при использовании НПВП ($t=1,61$, $p>0,05$). Данный вид препаратов не оказывает особую антиокислительную активность и соответственно имеет слабое влияние на патогенетические механизмы угнетения АОС и иммунной системы при РА. Биохимическая активность КАТ в сыворотке крови больных этой группы в процессе этого лечения также изменялась незначительно ($t=2,01$, $p>0,05$). Вторая группа больных отличалась снижением количества антител к КАТ, но при выписке у них этот показатель оставался выше, чем в группе доноров и достоверно ниже, чем в первой группе на стационарном этапе лечения ($t=2,15$, $p<0,05$). Отмечался и существенный рост активности каталазы ($t=3,53$, $p<0,001$). При приеме ГКСГ per os также наблюдалась тенденция к достоверному снижению антител к КАТ, активность фермента увеличилась в 2 раза и приблизилась к показателям здоровых лиц. Особый интерес представляет включение в комплекс лечебных мероприятий при РА методов локальной терапии, в частности лазерной терапии. Ее применение позволило повысить эффективность лечения РА, добиться стойкой ремиссии, улучшению клинического состояния больных и позитивной динамики лабораторных показателей (снижение уровня антител к КАТ, $t=3,06$, $p<0,001$; значительное повышение активности каталазы, $t=5,98$, $p<0,001$).

Выводы. Применяемые схемы лечения, и комбинация их с лазерной рефлексотерапией, позволяют добиться не только улучшения клинического состояния больных РА, но и снизить дозы применяемых препаратов НПВП и ГКСГ на фоне увеличения энзимной активности катазы и одновременном снижении уровня специфических антител к ней.

СИНДРОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Енина Т.В., Енин А.В., Страхова Н.В., Зуйкова А.А.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Цель исследования. Анализ функционального статуса и психического здоровья пациентов старше 60 лет с ХСН в аспекте старческой астении.

Материалы и методы. Обследовано 69 человек в возрасте от 60 до 91 года, средний возраст $73,2 \pm 7,8$ лет. Использовались индекс Бартел (Bartel Activities of daily living Index), шкала Лоутона (Lawton Instrumental activities of daily living Scale), гериатрическая шкала депрессии (Geriatric Depression Scale, GDS-15), тест Мини-ког (Mini-Cog); опросник «Возраст не помеха». Была проведена комплексная гериатрическая оценка, проанализированы сопутствующие заболевания и лабораторно-инструментальные данные.

Результаты и обсуждения. Пациенты были разделены на 2 группы: группа А – больных гипертонической болезнью (ГБ, 34 пациента), группа Б – 35 больных ГБ в сочетании с ХСН. Средний возраст в А группе составляет $68,5 \pm 2,8$ лет, тогда как в Б группе $79 \pm 2,6$ лет ($p=0,044$). ССА был выявлен в 23,1% случаев. Преобладают пациенты с преаестией (59,0%). В группе А у 5 обследованных преаестия. В группе Б ССА обнаружен у 9 пациентов, преаестия у 18. Снижение функциональной активности на уровне легкой зависимости от посторонней помощи было выявлено у 46,2% обследованных, на уровне умеренной зависимости у 23,1% обследованных. Пациенты с гериатрической депрессией составляют 71,8% обследованных, т.е. 28 человек, из которых 4 человека состоят в группе А и 24 в группе Б. Значение креатинина в биохимии крови в А группе составило $96,4 \pm 4,9$ мкмоль/л, а в Б группе – $76 \pm 5,3$ мкмоль/л ($p=0,011$). Значение СКФ в А группе равно $77,7 \pm 4,5$ мл/мин; а в Б группе $56,6 \pm 3,6$ мл/мин ($p=0,002$), что говорит о сниженной фильтрационной функции почек в Б группе. Выявлена прямая корреляционная взаимосвязь между значением креатинина крови и наличием ХСН ($r=0,443$, $p=0,010$). Выявлена отрицательная корреляционная взаимосвязь между значением СКФ и наличием ХСН ($r=-0,538$, $p=0,001$). При проведении Теста «Возраст не помеха» интерпретация в А группе равна $2,5 \pm 0,5$, а в Б группе – $4,0 \pm 0,2$ ($p=0,008$). Выявлена прямая корреляционная взаимосвязь между баллом по шкале теста «Возраст не помеха» и наличием ХСН ($r=0,437$, $p=0,005$). При оценке когнитивных нарушений в группах А и Б была выявлена низкая вероятность развития деменции в 99%. При проведении Теста на снижение базовой активности (индекс Бартел) значения составили $99 \pm 0,7$ и $93,1 \pm 0,9$ соответственно ($p=0,0003$). Выявлена отрицательная корреляционная взаимосвязь между баллом по индексу Бартелл и наличием ХСН ($r=-0,587$, $p=0,0009$). Индекс инструментальной активности у обследованных больных оказался ниже нормативных показателей, при этом среднее значение в группе Б оказалось достоверно меньше, чем в группе А и составило $6,9 \pm 0,12$ и $7,6 \pm 0,22$ ($p=0,018$) соответственно. Выявлена отрицательная корреляционная взаимосвязь между значением балла оценки по

шкале Лоутона и наличием ХСН ($r=-0,419$, $p=0,008$). Значения при оценке гериатрической шкалы депрессии составили в А группе $4,1 \pm 0,4$ баллов, а в Б группе $6,5 \pm 0,39$ ($p=0,003$). Выявлена прямая корреляционная взаимосвязь между баллом по гериатрической шкале депрессии и наличием ХСН ($r=0,480$, $p=0,002$).

Выводы. Преаестия встречается в группе у лиц, страдающих ГБ в 12,8% случаев, а в группе лиц, страдающих ГБ+ХСН – 46,2%. ССА встречается только в группе ГБ+ХСН у 23,1% пациентов. У лиц с ГБ+ХСН в большей степени выражено снижение базовой и инструментальной активности. Нарушение когнитивных функций у подавляющего большинства обследованных не выявлено. У лиц, страдающих ХСН частота развития депрессии в 6 раз выше.

ЭФФЕКТ ПИОГЛИТАЗОНА НА ПОКАЗАТЕЛИ МАССЫ ТЕЛА, ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА И ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА PPAR γ RS1801282

Еременко Т.В., Кудрявцев Д.В., Антонова А.П.,
Матезиус И.Ю., Денисенко А.О.
Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить влияние пиоглитазона в дозе 30 мг в сутки на динамику массы тела у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа в зависимости от носительства полиморфизма rs1801282 по сравнению с пациентами с диким типом PPAR γ .

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 42 пациента с впервые выявленным метаболическим синдромом, в рамках которого был диагностирован СД 2 типа. Диагноз СД 2 типа был верифицирован на основании определения уровня глюкозы в капиллярной крови биосенсорным электро-химическим методом. При пограничных значениях гликемии некоторым пациентам с диагностической целью проводили стандартный пероральный глюкозотолерантный тест. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывали по формуле Кетле. У всех пациентов проводилось генотипирование полиморфизма rs1801282 путем амплификации фрагментов ДНК методом ПЦР с использованием специфических праймеров.

Первую группу составили 5 пациентов с полиморфизмом rs1801282, средний возраст которых 59 [55; 63] лет. Вторую группу составили 37 пациентов с диким вариантом генотипа PPAR γ , средний возраст в этой группе составил 53 [51; 57] года.

Статистический анализ полученных данных производился с помощью программы Statistica, версия 8.0 (StatSoft Inc., США).

Данные представлены в виде медианы и межквартильных интервалов Me [LQ;HQ].

Результаты и обсуждение. Сравнились показатели ИМТ, массы тела и окружности талии (ОТ) до и после 12-недельной терапии пиоглитазоном у 2 групп пациентов.

1 группа – пациенты с СД 2 типа и полиморфизмом rs1801282 (n=5). До лечения ИМТ составлял 35 [35; 36], после лечения – 35 [35; 36]. Масса тела до лечения – 89,2 [86,3; 106,5] кг, после лечения – 90,5 [86,6; 106,6] кг (p=0,893). ОТ до лечения – 98 [93; 100] см, после лечения – 99 [97; 99] см (p=0,138).

2 группа – пациенты с СД 2 типа с диким типом PPAR γ при СД 2 типа (n=37). До лечения ИМТ – 34 [33; 35], после лечения – 33 [32; 36] (p=0,262). Масса тела до лечения – 103,2 [94,3; 112,1] кг, после лечения – 101,5 [92,7; 113,0] кг (p=0,207). ОТ до лечения – 98 [95; 105] см, после лечения – 97 [92; 106] см (p=0,667).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что проводимая терапия пиоглитазоном в дозе 30 мг в сутки существенно не влияла на такие параметры, как масса тела, ИМТ и окружность талии в группе обследованных пациентов.

ВЛИЯНИЕ НОСИТЕЛЬСТВА ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА РЕЦЕПТОРА, АКТИВИРУЕМОГО ПРОЛИФЕРАТАМИ ПЕРОКСИСОМ ГАММА У ЛЮДЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Еременко Т.В., Матезиус И.Ю., Белоголова А.Д.,
Ермаков Г.О., Абрамашвили И.Н.
Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель. Оценить показатели среднего систолического и диастолического артериального давления в дневные и ночные часы у пациентов с метаболическим синдромом в зависимости от носительства

полиморфизмом гена PPAR- γ rs1801282 (Pro12Ala) и без него (дикий генотип).

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 145 пациентов с впервые установленным метаболическим синдромом согласно объединенным критериям. Перед включением в исследование всем пациентам проводились опрос, физикальное, лабораторное (углубленное обследование углеводного обмена), генотипирование полиморфизма rs1801282 и инструментальное обследование (суточное мониторирование артериального давления). Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы Microsoft Excel.

Результаты. При исследовании показателей артериального давления среди пациентов – носителей полиморфизма rs1801282, среднее систолическое артериальное давление (САД) в дневные часы составляет 142 мм.рт.ст против 147 мм.рт.ст. среди пациентов с диким генотипом PPAR- γ (p<0,009). Среднее диастолическое артериальное давление (ДАД) в дневные часы составляет 82 мм.рт.ст против 85 мм.рт.ст. среди пациентов с диким вариантом PPAR- γ (p<0,001). Среднее САД в ночные часы в первой группе пациентов составляет 132 мм рт.ст., а во второй 139 мм рт.ст. (p<0,001). Среднее ДАД в ночные часы составляет 75 мм рт.ст. в первой группе пациентов и 79 мм рт.ст. во второй соответственно (p <0,001).

Выводы. В группе пациентов с полиморфизмом гена рецептора PPAR- γ rs1801282 установлены статистически значимые различия в показателях среднего САД и среднего ДАД в дневные и ночные часы в сравнении с пациентами, не имеющими данный полиморфный аллель. Так, у пациентов с диким вариантом генотипа PPAR- γ отмечены достоверно более высокие показатели САД и ДАД в дневные и ночные часы.

ПЕРВЫЙ РОССИЙСКИЙ ОПЫТ ОЦЕНКА НЕОВАСКУЛЯРИЗАЦИИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК ПРИ ПОМОЩИ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ КОНТРАСТНОЙ ПЕРФУЗИОННОЙ СОНОГРАФИИ

Ермакова О.А.¹, Умнов И.Н.¹, Бобров А.Л.²

¹Европейский институт здоровья семьи,
²Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценка возможностей применения количественной контрастной перфу-

зионной сонографии атеросклеротических бляшек сонных артерий.

Материал и методы исследования. Обследованы 5 мужчин и 1 женщина (59-76 лет, медиана 72) с симптомным гемодинамически значимым атеросклеротическим поражением луковицы общей и внутренней сонной артерий. Критериями включения послужили: перенесенный (>6 месяцев) ишемический инсульт в каротидном бассейне, соответствующем значимому атеросклеротическому поражению (NASCET $\geq 60\%$) внутренней сонной артерии. Всем обследуемым выполнялись: контрастное ультразвуковое исследование сонных артерий с оценкой перфузии атеросклеротической бляшки; эндартериэктомия зоны поражения; патоморфологическое исследование удаленной бляшки с оценкой выраженности неоваскуляризации в срезах на 3-х уровнях (дистальном, центральном и проксимальном) и расчетом удельной плотности неоваскуляризованных сосудов, суммарное число неососудов диаметром более и менее 40 мкм.

Неоваскуляризация оценивалась при помощи контрастной количественной сонографии через 20 с после в/в введения 1 мл Соновью (Bracco, Italy), полного заполнения просвета сонной артерии и последующего нанесения «flash» с целью полного разрушения пузырьков контраста в просвете артерии и сосудистой сети бляшки. Анализ динамики восполнения пузырьков контраста (интенсивности ультразвукового сигнала) в толще атеросклеротической бляшки осуществлялся путем построения кривых интенсивность (dB)/время (с) по 3-м сегментам сечения длинной оси внутренней сонной артерии (дистальному, центральному и проксимальному). Автоматический анализ динамики изменения интенсивности (ТИС-анализ) учитывал значения параметра в изучаемых областях интереса в течение 20 с после «flash» с частотой 10 измерений/с. Регистрировались расчетные коэффициенты (A, B, β) экспоненциального уравнения для 3-х атеросклеротических сегментов.

Результаты исследования. Проведена оценка перфузии (УЗ-методом) и состояния неоваскуляризации (гистометрическим методом) в 27 сегментах атеросклеротических бляшек. Исследованы корреляционные связи между УЗ-параметрами перфузии толщи бляшки и выраженностью неоваскуляризации по данным гистологического исследования материала, изъятых в ходе эндартериэктомии. Выявлены значимые корреляционные связи коэффициента β экспоненциальной кривой зависимости акустической интенсивности сигнала от времени и гистологических показателей, характеризующих распространенность «молодых» сосудов в толще

атеросклеротической бляшки. Spearman R для удельной плотности неососудов составил 0,46 ($p=0,02$); для числа неососудов диаметром менее 40 мкм составил -0,64 ($p<0,01$).

Выводы. Диагностика неоваскуляризации атеросклеротических бляшек крупных артерий приобретает возможность количественной оценки, оценивая не только факт наличия неососудов, но и интенсивность перфузии в них. Новый подход приходит на смену качественным и полуколичественным методам в подсчете числа сосудов in vivo. Применение методики, вероятно, снизит субъективность метода, повысит точность и скорость диагностики неоваскуляризации. Количественная оценка выраженности неореваскуляризации позволит легче выявлять группы риска ишемического инсульта среди пациентов с пограничными поражениями сегментов каротидных артерий.

НАРУШЕНИЕ ПОРТОПЕЧЕНОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ГИПЕРАММОНИЕМИЯ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОМ СТЕАТОГЕПАТИТЕ С НАЧАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ, ИХ КОРРЕКЦИЯ

Ермолова Т.В., Тнунова К.В.

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Актуальность. В некоторых экспериментальных исследованиях было показано, что аммиак способствует активации звездчатых клеток печени, ухудшению печеночного кровотока и портальной гипертензии. Есть данные, что при неалкогольной болезни печени гипераммониемия на доцирротических стадиях развивается в результате подавления цикла мочевины.

Цель исследования. Оценить уровень аммиака и характер нарушений внутрипеченочной гемодинамики при неалкогольной болезни печени (НАБГ) и эффективность препарата гепа-мерц для коррекции данных нарушений.

Материалы и методы. Обследовано 36 пациентов с НАБГ с начальной стадией фиброза (0-2 стадии), которую определяли методом эластографии (Фиброскан). Уровень аммиака оценивали биохимическим методом (PocketChem BA, Arcray, Japan) в капиллярной крови пациентов и у

29 здоровых людей (норма 11-32 мкмоль/л). Внутривенная гемодинамика оценивалась методом полигепатографии (ПГГ). Гипоаммиемический препарат Гепа-Мерц применялся перорально в дозе 9 г в день в течение 4 недель.

Результаты. Анализ полигепатограмм показал, что у всех пациентов выявлены нарушения внутривенной микроциркуляции – увеличение базового сопротивления, изменение формы и амплитуды кривых на синусоидальном уровне (нарушение оттока). Уровень аммиака оказался повышенным (132.2 мкмоль/л) по сравнению с контрольной группой (32.5 мкмоль/л) ($p < 0.001$). Эффективность гепа-мерц проявлялась в виде снижения аммиака до 64.2 мкмоль/л, улучшения амплитуды кривых (через 2 недели) и формы кривых (через 4 недели) при ПГГ у большинства пациентов.

Выводы. НАСГ даже на начальных стадиях фиброза печени характеризуется гипераммиемией и нарушением внутривенной микроциркуляции. Применение гипоаммиемических средств (гепа-мерц) позволяет уменьшить уровень аммиака и улучшить печеночный кровоток при НАСГ в целях замедления фиброгенеза в рамках патогенетической терапии.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПАЦИЕНТА В ПОВЫШЕНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Есина Е.Ю., Зуйкова А.А., Добрынина И.С.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Цель исследования. Изучить приверженность к антитромботической терапии у больных фибрилляцией предсердий.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 28 пациентов с фибрилляцией предсердий, среди которых 15 мужчин (52%) и 13 женщин (47%). Во время амбулаторного приема проводили клинический осмотр больных, изучали анамнез заболевания, проводили анализ антитромботической терапии, принимаемой больными для профилактики инсульта и системных тромбоэмболий, рассчитывали риск инсульта и системных тромбоэмболий по шкале CHA₂DS₂-VASc и риск кровотечения по шкале HAS-BLED.

Статистическая обработка материала проводилась с помощью стандартных статистических методов и пакета программ STATISTICA Trial Version

фирмы StatSoft Inc. Различия между группами считали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. По результатам анализа шкалы CHA₂DS₂-VASc больные фибрилляцией предсердий были разделены на 2 группы: с риском инсульта и системных тромбоэмболий < 2 баллов и ≥ 2 баллов. Пациенты с риском инсульта и системных тромбоэмболий < 2 баллов, в количестве 4 человек, были отнесены к первой группе, их возраст $55,2 \pm 6,18$ лет. Риск инсульта и системных тромбоэмболий по шкале CHA₂DS₂-VASc составил $0,7 \pm 0,50$ баллов, риск кровотечений по шкале HAS-BLED, $1,2 \pm 0,50$ балла. Приверженность к лечению у больных первой группы составила $2,2 \pm 0,95$ баллов, что трактовалось, как недостаточная. Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) у всех пациентов данной группы в анамнезе отсутствовало, количество сопутствующих заболеваний у не превышало 2. Вторая группа состояла из 24 больных фибрилляцией предсердий, в возрасте $70,5 \pm 9,5$ лет. У больных второй группы, риск инсульта и системных тромбоэмболий по шкале CHA₂DS₂-VASc, составил $3,6 \pm 5,22$ балла, риск кровотечений по шкале HAS-BLED, $2,3 \pm 0,71$ балла. В отличие от больных первой группы, у пациентов второй группы приверженность к лечению была низкой: $1,4 \pm 1,06$ баллов. ОНМК в анамнезе было выявлено у 12 (50%) больных данной группы. Число сопутствующих заболеваний у больных второй группы колебалось от 1 до 5, составив $2,5 \pm 1,14$.

Учитывая клинические рекомендации по ведению пациентов ФП, при риске тромбоэмболических осложнений по шкале CHA₂DS₂-VASc=1, терапия новыми пероральными антикоагулянтами (НПОАК) должна была рассматриваться. Однако, в первой группе 3 (75%) больных принимали ацетилсалициловую кислоту, а 1 (25%) больной не получал препараты с целью профилактики инсульта и системных тромбоэмболий. Среди больных второй группы принимали НПОАК 13 (54%) пациентов, что соответствовало рекомендациям по лечению ФП и 11 (46%) больных лечились не в соответствии с рекомендациями по ведению пациентов ФП. Из 11 больных второй группы, 2 человека не получали профилактической антитромботической терапии, 9 пациентов принимали ацетилсалициловую кислоту.

Выводы. Таким образом, 46% обследованных пациентов фибрилляцией предсердий амбулаторного участка, лечились не в соответствии с рекомендациями по ведению пациентов с данной патологией. Приверженность к лечению у больных фибрилляцией предсердий колебалась от недостаточной до низкой.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В ДОСТИЖЕНИИ ЦЕЛЕВОГО УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У КОМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Есина Е.Ю., Зуйкова А.А.,
Красноруцкая О.Н., Котова Ю.А.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Цель исследования. Провести анализ гипотензивной терапии у коморбидных больных пожилого и старческого возраста, страдающих гипертонической болезнью и хронической сердечной недостаточностью с учетом хрупкости.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 19 больных терапевтического профиля амбулаторного участка БУЗ ВО Воронежская городская поликлиника №3, в возрасте от 65 до 85, среди них мужчин – 13 (70%), женщин – 6 (30%), страдающих гипертонической болезнью и хронической сердечной недостаточностью. Для выявления синдрома старческой астении использовался опросник «Возраст не помеха». С целью определения рациональности назначения гипотензивной терапии, применялся опросник «Анализ рациональности лекарственных назначений». Для выявления полипрагмазии в терапии больных, были проанализированы истории болезней пациентов и лекарственные препараты, назначенные врачом-кардиологом.

Статистическая обработка материала проводилась с помощью стандартных статистических методов и пакета программ STATISTICA Trial Version фирмы StatSoft Inc. Различия между группами считали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. По результатам опросника «Возраст не помеха», все пациенты были разделены на три группы. Первая группа состояла из 5 (26%) крепких пациентов в возрасте $71,0 \pm 7,9$ лет. Средний балл по опроснику «Возраст не помеха» у этих больных составил $1,6 \pm 0,54$. Вторую и третью группы составили 8 (43%) «прехрупких» и 6 (31%) «хрупких» больных, в возрасте $74,0 \pm 8,53$ и $74,3 \pm 8,53$ года, соответственно. Средний балл по опроснику «Возраст не помеха» составил у больных второй группы $3,37 \pm 0,51$ балла, а у пациентов третьей группы $5,50 \pm 0,54$ балла. Систолическое артериальное давление (САД) у пациентов первой, второй и третьей групп на фоне гипотензивной лекарственной терапии, в состав которой входили ингибиторы ангиотензин превращающего фермента,

антагонисты кальция и тиазидоподобные диуретики, достигло $128,0 \pm 17,5$ мм.рт.ст., $126,8 \pm 17,71$ мм.рт.ст. и $150,0 \pm 7,07$ мм.рт.ст., соответственно. Диастолическое артериальное давление (ДАД) у больных первой группы составило $80,6 \pm 13,6$ мм.рт.ст., а у пациентов второй и третьей групп $80,0 \pm 9,69$ мм.рт.ст. и $88,3 \pm 11,2$ мм.рт.ст., соответственно. Согласно последним рекомендациям по ведению пациентов гипертонической болезнью, больным 65 лет и старше без старческой астении, рекомендуется снижать САД до целевых значений 130-139 мм.рт.ст. или ниже, при условии его хорошей переносимости. Следовательно, респонденты первой и второй групп, достигли целевых уровней САД. В качестве целевого уровня больным гипертонической болезнью пожилого и старческого со старческой астенией, рекомендуется – САД 140-150 мм.рт.ст., следовательно, «хрупкие» пациенты третьей группы на фоне гипотензивной терапии достигли целевого уровня САД. ДАД всем больным, независимо от возраста, уровня риска и сопутствующих заболеваний, рекомендуется снижать до целевых уровней 70-79 мм.рт.ст. Проведенное нами исследование продемонстрировало, что больные всех групп не достигли целевого уровня ДАД на фоне гипотензивной терапии. Анализ полипрагмазии у больных всех исследуемых групп продемонстрировал, что число принимаемых препаратов было более 5, а именно, у пациентов первой группы – $6,2 \pm 0,83$, у больных второй группы $7,87 \pm 1,64$, а у пациентов третьей группы $7,83 \pm 1,95$.

Выводы. В терапии пациентов всех исследуемых групп была выявлена полипрагмазия. Нерациональность проявлялась в недостижении целевых уровней ДАД. Необходимо междисциплинарное взаимодействие для достижения целевого уровня артериального давления у коморбидных больных пожилого и старческого возраста.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА

Есина Е.Ю., Зуйкова А.А.,
Посметьева О.С., Шевцова В.И.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Цель исследования. Изучить качество жизни пациентов с хронической сердечной недостаточностью в зависимости от фракции выброса.

Материалы и методы. Обследовано 23 пациента с хронической сердечной недостаточностью Воронежской городской поликлиники №3 в возрасте от 43 до 86 лет, средний возраст $63,3 \pm 11,14$ года. Из них 7 женщин и 16 мужчин. В ходе исследования использовались стратифицированные опросники SF-36 и миннесотский, медицинские карты амбулаторных больных, результаты эхокардиографии.

За основу были приняты следующие понятия: в опроснике SF-36 большее количество баллов свидетельствовало о более высоком качестве жизни, (оценивался физический и психологический компонент здоровья) в миннесотском опроснике большее количество баллов свидетельствовало о низком качестве жизни.

Статистическая обработка материала средней проводилась с помощью стандартных статистических методов и пакета программ STATISTICA Trial Version фирмы StatSoft Inc. Различия между группами считали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. С учетом значений фракции выброса все больные были распределены на 3 группы. Первую группу составили 12 (52%) больных с сохраненной фракцией выброса, вторую – 7 (30%) пациентов с промежуточной фракцией выброса, третью – 4 (18%) респондента с низкой фракцией выброса.

У пациентов с промежуточной фракцией выброса, средний показатель физического компонента здоровья был выше (41,1), что можно было объяснить малой выборкой пациентов, наличием пожилых пациентов с нарушением когнитивных функций со сниженной критикой к состоянию здоровья. У пациентов с низкой фракцией выброса был самый низкий средний показатель психологического компонента здоровья (37,2), что свидетельствует о более низком качестве жизни. По миннесотскому опроснику у пациентов с низкой фракцией выброса был самый высокий показатель качества жизни (47,5, $p < 0,05$), что свидетельствует о более низком качестве жизни. Была выявлена умеренная прямая зависимость между возрастом пациентов и средним показателем психологического компонента здоровья по SF-36, ($r = 0,541$, $p < 0,05$).

Между SF-36 (физический компонент) и миннесотским опросником зависимость была сильной обратной ($r = -0,755$, $p < 0,05$). Между фракцией выброса и стадией хронической сердечной недостаточности зависимость была умеренная обратная ($r = -0,581$, $p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, у пациентов с промежуточной фракцией выброса средний показатель физического компонента здоровья по SF-36 был выше, а у больных со сниженной фракцией выброса качество жизни по психологическому компоненту здоровья (SF-36) было ниже. Больные со сниженной фракцией выброса, имели самое низкое качество жизни по миннесотскому опроснику. В ходе исследова-

ния было обнаружено, что психологическое состояние пациентов зависит от возраста, тяжести хронической сердечной недостаточности и влияет на качество жизни.

Следовательно, задача врача – не только назначить правильное лечение, но и повлиять на психологическое состояние пациента доброжелательным отношением, сочувствием и искренним желанием помочь. Надежда на благоприятный исход заболевания или улучшение состояния, улучшит качество жизни больного.

ПРОФИЛАКТИКА ОЖИРЕНИЯ С УЧЕТОМ ТИПА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Есина М.В., Зуйкова А.А., Есина Е.Ю.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Цель исследования. Изучить особенности пищевого поведения у пациентов с ожирением.

Материалы и методы. Объектом исследования послужили 53 пациента амбулаторного участка БУЗ ВО ВГП №3 в возрасте от 18 до 59 лет, 24 (45%) мужчин и 29 (55%) женщин. Всем больным проводился клинический осмотр, с определением роста, веса, индекса массы тела (ИМТ), объема талии, объема бедер, соотношение объема талии к объему бедер (от/б). Для определения типа пищевого поведения использовался голландский опросник пищевого поведения (DEBQ), интерпретация результатов которого была следующей: ограничительный тип – нормальное значение – 2,4, эмоциогенный тип, нормальное значение – 1,8; экстернальный – 2,7. Все пациенты, с учетом ИМТ были разделены на 3 группы. Первую группу составили больные с нормальными значениями ИМТ – $22,5$ [$21,9$; $23,3$] $\text{кг}/\text{м}^2$, в возрасте $36,2 \pm 15,7$ лет. Во вторую и третью группы были включены пациенты с избыточной массой тела и с ожирением I степени. ИМТ во второй и третьей группах составил: $27,42$ [$26,15$; $28,50$] $\text{кг}/\text{м}^2$ и $32,20$ [$30,50$; $56,10$] $\text{кг}/\text{м}^2$, соответственно. Средний возраст пациентов второй и третьей групп составил $36,75 \pm 12,66$ лет и $43,40 \pm 10,27$ лет, соответственно.

Для статистической обработки полученной информации использовался пакет прикладных программ STATISTICA Trial Version фирмы StatSoft Inc. С помощью критерия Краскела-Уолиса определялось различие между группами, достоверными считались различия при $p < 0,05$). При распределении признаков, отличном от нормального, использовалась ме-

диана и 25-ый и 75-ый квартили: Me [Q₂₅; Q₇₅]. Для оценки корреляционных связей между параметрами использовался критерий Спирмена, коэффициент корреляции считался значимым при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Число больных в первой, второй и третьей группах составило 14 (26%), 24 (45%) и 15 (29%), соответственно. Все группы пациентов были сопоставимы по возрасту ($p=0,596$). Соотношение ОТ/ОБ у пациентов первой, второй и третьей групп составило 0,80 [0,79; 0,83], 1,15 [1,00; 1,30] и 1,60 [1,50; 1,90], соответственно. У пациентов первой и второй групп результат по шкале DEBQ (ограничительный тип), превышал нормальные значения, а у больных третьей группы, был ниже нормы. Больные первых двух групп, больше, чем пациенты третьей группы, были осторожны в выборе пищи и стремились, выбирая продукты питания, не набирать вес. Балл по шкале DEBQ (ограничительный тип) у пациентов третьей группы, продемонстрировал их бесконтрольное потребление пищи, отсутствие ограничений в еде. Нормальные значения по шкале DEBQ (эмоциогенный тип) составляют 1,8. Наиболее высокие показатели были у пациентов третьей группы, свидетельствующие в пользу того, что этим людям сложно справиться с эмоциями и они часто используют пищу, как средство борьбы со стрессовыми ситуациями. Нормальные значения по шкале DEBQ (экстернальный тип) составляет 2,7. У пациентов всех групп показатели были выше нормы, с наиболее высокими значениями в третьей группе, что подтверждает сложность самоконтроля при виде вкусной пищи.

Выводы. Изучение типа пищевого поведения у пациентов, страдающих ожирением, продемонстрировало преобладание у этих лиц эмоциогенного типа пищевого поведения, характеризующегося бесконтрольным потреблением пищи, отсутствием ограничений в еде, особенно в стрессовых ситуациях.

СТРУКТУРА ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА

Ефанова Е.Н.¹, Сулейменова Р.А.², Васильева Е.А.¹,
Беляева П.С.¹, Бабийчук П.А.¹

¹Сургутский государственный университет,

²Сургутская окружная клиническая больница,
г. Сургут

Актуальность исследования. Диабет является распространенным хроническим заболеванием, поражающим различные органы и системы, включая

кожу. Определенные кожные проявления диабета являются маркерами болезни, в то время как другие – неспецифическими состояниями, которые чаще встречаются среди пациентов с диабетом по сравнению с населением в целом. Дерматологические проявления сахарного диабета оказывают разнообразное влияние на самочувствие пациента, вызывают эстетический дискомфорт, а также опасные для жизни состояния.

Распознавание кожных маркеров может замедлить прогрессирование заболевания, что делает возможным раннюю диагностику и лечение основной патологии.

Цель исследования. Изучить структуру дерматологической патологии у больных сахарным диабетом 2 типа, проживающих в условиях, приравненных к Крайнему северу, для оптимизации маршрутизации пациентов, улучшения качества жизни больных и предупреждения осложнений.

Материалы и методы. Проведен целевой медицинский осмотр пациентов эндокринологического отделения Сургутской окружной клинической больницы. Критерии отбора: наличие основного диагноза сахарного диабета 2 типа.

Результаты. В исследовании приняли участие 83 пациента. Из них 36% мужчин и 64% женщин; средний возраст респондентов 51,8±1,3 года. Давность заболевания сахарным диабетом составила от 5 до 30 лет. При детальном дерматологическом осмотре выявлено, что 80,4% пациентов с сахарным диабетом 2 типа имели сопутствующую патологию кожи и (или) ее придатков, требующую медикаментозной коррекции. В структуре выявленных нозологий получены следующие данные. Преобладали кожные проявления сахарного диабета, ассоциированные с метаболическими, васкулярными, неврологическими или иммунными нарушениями. Так, в 70% случаев у пациентов регистрировался ксероз кожи разной степени выраженности. Приобретенные кератодермии стоп встречались у 14% пациентов, токсикодермии – у 6%, васкулиты, ограниченные кожей – у 6%. Из инфекционных дерматозов отмечались онихомикозы стоп (28%), вирусные бородавки кистей, стоп (6%).

В структуре новообразований кожи у больных сахарным диабетом 2 типа наблюдались множественные себорейные кератомы (12%), дерматофибромы и мягкие фибромы (12%), множественные папилломы (8%), множественные капиллярные гемангиомы (6%).

Выводы. По результатам исследования около 80% пациентов эндокринологического профиля имели различные изменения кожи. Раннее распознавание и терапия этих состояний необходимы для улучшения качества жизни больных и предупреждения

дения осложнений. Учитывая высокий процент коморбидности по заболеваниям кожи и ее придатков у больных сахарным диабетом 2 типа, целесообразно включение в план обследования консультации дерматовенеролога.

КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Жаббаров М.Т., Бобожанов У.А.
Ургенчский филиал
Ташкентской медицинской академии,
г. Ургенч, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучить особенности когнитивных нарушений у больных с посттравматической эпилепсией.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 26 больных, из них 15 (57,6%) больных посттравматической эпилепсией, 11 (43,3%) больных с генуинной эпилепсией. Все больные с посттравматической эпилепсией имели в анамнезе черепно-мозговую травму и находились в стационарном лечении в отделении неврологии и нейрохирургии Хорезмского областного многопрофильного медицинского центра. Для исключения возрастных мнестических нарушений в исследование были включены лишь пациенты молодого возраста, средний возраст (42,7±5,2) года. Методы исследования включали клиничко-неврологические, нейропсихологические методы: тест MMSE и определение свойств внимания по таблицам Шульце с модификацией Горбова, тест на запоминание 10 слов.

Результаты обсуждения. При изучении результатов клиничко-неврологических, нейропсихологических методов исследования у больных выявлено следующие дисмнестические нарушения. При тестировании больных по тесту MMSE показало, что бальная выраженность мнестических нарушений при посттравматической эпилепсии (20,2 балла) и генуинной эпилепсии (22,1 балла) достоверно не отличались между собой. При анализе мнестических нарушений у больных исследуемых групп выявил преобладание нарушений произвольной памяти (68,2%).

При анализе результатов исследования по тесту на запоминание 10 слов были выявлены нарушения, как в непосредственном запоминании, так и изменения долговременной памяти. Так, в основной группе и больных с эпилепсией отмечалось достоверно меньшее количество воспроизводимых слов сразу после заучивания слов (4,6±0,2 и 4,8±0,3 соответственно) и после 10 минут (2,8±0,24 и 3,2±0,31 слов). После

20 минут больные с посттравматической эпилепсией воспроизводили достоверно меньше слов (2,4±0,3) по сравнению с больными эпилепсией (2,8±0,3). По мере увеличения степени дефицита памяти отмечалось достоверное снижение количества воспроизводимых слов. На втором месте по частоте встречаемости были нарушения концентрации внимания при выполнении задания прочитать слово наоборот (тест MMSE), а также при счете в уме, которые в 2,5 раза чаще встречались у больных основной группы.

Выводы. Таким образом в нейропсихологической картине больных посттравматической эпилепсией преобладают тяжелые и умеренные когнитивные расстройства. Наиболее распространенными нарушениями являются нарушения памяти и концентрации внимания.

КЛИНИЧЕСКИЕ, ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИМИКВИМОД-ИНДУЦИРОВАННОЙ МОДЕЛИ ПСОРИАЗА

**Жарун Е.Р., Пасюк А.В., Жуков А.С.,
Хайрутдинов В.Р., Самцов А.В.**
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Псориаз является хроническим иммунопосредованным эритема-сквамозным заболеванием с преимущественным поражением кожи. Исследование кожи и сыворотки зачастую недостаточно для понимания механизмов развития заболевания и оценки действия терапевтических препаратов. Большой вклад могут дать лабораторные модели псориаза. Наиболее близкой моделью является имиквимод-индуцированное воспаление на мышцах.

Цель исследования. Оценка клинических, гистологических и иммуногистохимических характеристик кожи при имиквимод-индуцированной мышечной модели псориаза.

Материалы и методы. Формирование модели псориаза проводили на 20 инбредных мышцах линии Val/c. Животные были рандомизированы на 2 группы. Изучаемой группе (10 особей) ежедневно 1 раз в день 10 дней на бритую кожу спины наносили препарат имиквимод в количестве 62,5 мг. Контрольная группа была под наблюдением без нанесения препарата. Ежедневно проводили клиническую оценку высыпаний на коже спины согласно модифицированному индексу PASI (mPASI) – определяли интенсивность эритемы,

шелушения и утолщения кожи от 0 до 4 баллов. На 11 день исследования всем мышам была проведена биопсия кожи спины с последующим гистологическим исследованием. Для сравнения данных между группами применяли U-критерий Манна-Уитни. Результаты представлены в виде: медиана – М (межквартильный размах – IQR). Достоверным считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Показано, что уже на 2 день исследования в группе животных, получающих препарат имиквимод, отмечалось фокальное шелушение и гиперемические пятна на коже. На 11 день на коже спины наблюдались выраженные клинические изменения (эритема, утолщение и шелушение кожи). Выявлено что показатель клинических изменений кожи по индексу mPASI в группе, получающей препарат, составил 8 (6-9), в контрольной группе – 0 (0-1).

При проведении гистологического исследования в группе имиквимода выявлен акантоз эпидермиса, паракератоз, лимфогистиоцитарный инфильтрат и расширение сосудов в верхних слоях дермы. Формирования микроабсцессов Мунро и выраженного агранулеза не обнаружено. Установлено, что толщина эпидермиса кожи группы животных, получающей имиквимод – 91 [82-111] мкм – в 4,1 раза больше, чем кожи контрольной группы – 22 [15-28] мкм ($p < 0,05$) ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, показано, что высыпания у лабораторных животных, возникающие при имиквимод-индуцированном воспалении кожи клинически и гистологически сходны с псориазическими элементами у человека. Данная модель позволяет изучать механизмы формирования воспалительных изменений при псориазе, а также исследовать новые лекарственные препараты. Для правильной интерпретации полученных результатов и экстраполяции их на человека необходимо принимать во внимание гистологические и иммунофенотипические различия строения кожи мышей и человека.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТРИМЕТАЗИДИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Жексембаева С.О.

Медицинский университет Караганды,
г. Караганда, Республика Казахстан

Цель исследования. Изучение эффективности применения цитопротектора триметазидина в комплексной терапии у больных с хронической сердечной недостаточностью II-III функционального класса.

Материалы и методы. В исследование были включены 65 больных с ХСН II-III функциональных классов (ФК) согласно классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA), осложнившей течение ишемической болезни сердца. Из них мужчины составили 40 (61,5%), женщины 25 (38,5%), возраст колебался от 46 до 72 лет. Обязательными условиями включения в исследование были фракция выброса левого желудочка $< 40\%$ и наличие клинических признаков ХСН. На момент включения и через 13 недель всем пациентам выполнялось комплексное обследование, включающее регистрацию электрокардиограммы (ЭКГ), проведение эхокардиографию (ЭхоКГ) и функционально-нагрузочная проба в виде 6-минутной ходьбы, суточное мониторирование ЭКГ. Качество жизни больных с ХСН определяли данными динамики Миннесотского опросника. Пациенты были рандомизированы на 2 группы. В 1-ю группу составили 34 пациентов, принимавшие триметазидин MR включенный в состав стандартной терапии. Во 2-ю группу вошли 31 больных, получавших стандартную терапию без триметазида MR.

Результаты и обсуждение. Исходно в 1 группе было 19 (55,8%) больных со II ФК ХСН и 15 (44,2%) больных с III ФК ХСН. Во 2 группе 17 (54,8%) больных со II ФК ХСН и 14 (45,2%) пациентов с III ФК ХСН. Через 13 недель лечения у 30% больных I группы и 28% больных со II группы достигнуто улучшение клинического состояния и переход их в более низкий ФК ХСН. Количество больных III ФК ХСН уменьшилось в I группе до 11 (61,8%), во II группе до 12 (38,8%). Количество больных II ФК увеличилось до 61,8% и 58,0% соответственно. На фоне лечения в обеих группах появились пациенты I ФК – 5,8% в I группе и 3,2% – во II группе. При ЭхоКГ – исследовании обращали на себя внимание достоверное снижение объемных показателей и улучшение систолической функции левого желудочка на фоне комплексной терапии с включением триметазида MR. На фоне применения триметазида MR выявлено достоверное увеличение фракции выброса левого желудочка, в то время у пациентов II группы была отмечена тенденция к увеличению этого показателя. При оценке характера нарушений ритма сердца больных ХСН были получены следующие данные: наджелудочковые экстрасистолы были зарегистрированы у всех больных обеих групп. У 9 (26,4%) больных I группы и у 7 (22,5%) II группы были зарегистрированы пробежки наджелудочковой тахикардии. Ни у одного больного, получавшего терапию триметазином MR, не было зарегистрировано пробежки наджелудочковой тахикардии. Исследование качества жизни выявило положительную динамику во всех

группах за счет факторов, определяющих физические возможности. Отмечалось также улучшение психологического состояния пациентов.

Выводы. Таким образом, применение триметазида MR дополнительно к комбинированной терапии ХСН приводит к улучшению клинического состояния больных, что выражается в уменьшении ФК ХСН, увеличении толерантности к физической нагрузке. Включение триметазида MR в состав стандартной терапии ХСН оказывает позитивное влияние на сократительную способность миокарда, что проявляется в увеличении фракции выброса левого желудочка по данным ЭхоКГ у пациентов с ХСН. Дополнительное применение триметазида MR к комплексной терапии ХСН улучшает качество жизни пациентов с ХСН, что подтверждается данными динамики Миннесотского опросника.

ИЗУЧЕНИЕ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ РОЗУВАСТАТИНА И АТОРВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Жексембаева С.О.

Медицинский университет Караганды,
г. Караганда, Республика Казахстан

Цель исследования. Оценка гиполипидемической эффективности розувастатина в сравнении с аторвастатином у больных с высоким сердечно – сосудистым риском при применении в условиях амбулаторного наблюдения.

Материал и методы. Обследовано 66 больных с артериальной гипертензией II и III степени в возрасте от 40 до 70 лет. Из них 46 (69,7%) мужчин и 20 (30,3%) женщин. Критерии включения в исследование: высокий сердечно-сосудистый риск по SCORE, уровень липопротеины низкой плотности (ХС ЛПНП) не соответствовал целевому значению, отсутствие систематической гиполипидемической терапии. Пациенты были рандомизированы на 2 группы.

В 1-ю группу составили 32 пациентов принимавшие розувастатин 10 мг в сутки включенный в состав комплексной терапии. Во 2-ю группу вошли 34 больных, получавших комплексную терапию, включавшую аторвастатин 20 мг в сутки.

В сыворотке крови определяли общий холестерин, липопротеины высокой плотности (ХС ЛПВП) и ХС ЛПНП, триглицериды. Безопасность терапии контролировалась отсутствием повышения уровня печеночных трансаминаз аспартат-аминотрансферазы (АсАт), аланинаминотрансферазы (АлАт) более чем до 3-х кратного увеличения верхней границы нормы, креатинфосфокиназы (КФК) – более 5 норм. Оценка активности АсАт, АлАт и КФК проводилась вместе с липидным спектром крови на момент включения и через 4-8-12-16 недель с начала приема статинов. Для повышения приверженности к лечению при включении в исследование и в процессе наблюдения с больными проводились индивидуальные беседы о значимости непрерывной терапии, необходимости достижения целевых значений липидного профиля и артериального давления, обучение по использованию таблиц SCORE.

Результаты и обсуждение. Период наблюдения продолжается, среди пациентов преобладали лица с артериальной гипертензией, низким уровнем ХС ЛПВП и мужчины-курильщики. У пациента артериальная гипертензия, нет дислипидемии, но риск по шкале SCORE $\geq 5\%$, необходимость назначения статинов такая же, как у больных с установленным диагнозом ишемическая болезнь сердца. Через 4 недели оценивали частоту достижения целевого уровня артериального давления и целевого уровня ХС ЛПНП, была отмечена выраженная динамика уровней общего холестерина и ХС ЛПНП и целевой уровень АД менее 140/90 мм рт.ст. был достигнут у 80% больных. При динамическом обследовании через 16 недель изменения нарастали больше всего в группе розувастатина, кроме того, достоверно ($p < 0,05$) снизился уровень триглицеридов (на 20%), повысился уровень ХСЛПВП (на 6,5%), выявлено значительное снижение атерогенных фракций липидного спектра крови со снижением индекса атерогенности в 1,7 увеличением активности КФК в период наблюдения. В последующий период терапии значения концентрации липидов удалось сохранить на достигнутом целевом уровне.

Выводы. Таким образом, к 16 недели терапии аторвастатина 20 мг в сутки и розувастатина 10 мг в сутки у больных артериальной гипертензией с высоким сердечно-сосудистым риском привела к дальнейшему снижению уровня атерогенных липидов до целевого уровня, что невысокие дозы розувастатина превосходят по гиполипидемической эффективности высокие дозы аторвастатина. Максимально возможный терапевтический эффект розувастатина достигается через 4 недели и поддерживается при дальнейшем приеме препарата.

РОЛЬ БИОМАРКЕРОВ В ДИАГНОСТИКЕ И ПРОГНОЗЕ ПСОРИАЗА

Жуков А.С., Хайрутдинов В.Р., Самцов А.В.
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Весомый вклад в лечение больных псориазом может внести прецизионная медицина на основе оценки биомаркеров (БМ). Данный раздел является новым направлением в дерматологии и активно развивается. Применяемая в настоящее время «терапия проб и ошибок», когда препарат назначается в случайном порядке, не всегда позволяет добиться быстрого разрешения высыпаний и безрецидивного течения.

Биомаркеры определяются как клеточные, биохимические или молекулярные изменения, обнаруживаемые в биологических средах, отражающие нормальные биологические и патологические процессы, а также фармакологический ответ на терапевтическое воздействие.

Согласно современной классификации БМ подразделяются на:

БМ, определяющие риск развития заболевания. Например, обнаружение аллеля HLA-C*06:02 увеличивает риск возникновения бляшечного псориаза в 6 раз, а каплевидного – в 34 раза.

Диагностические БМ. Применяют для диагностики заболевания при его асимптомном или малосимптомном течении. У больных псориазом к ним относят: антимикробный пептид – β -дефенсин в коже и крови больных псориазом; тканевой ингибитор матриксных металлопротеиназ 3 типа (TIMP-3) в сыворотке крови; цитокин IL-36 γ (семейство IL-1) в сыворотке крови и коже; анти-LL37 (антитела к антимикробному пептиду кателицидину) в синовиальной жидкости и плазме.

Прогностические БМ. Используют для определения исхода болезни без лечения. Тяжелое течение псориаза ассоциировано с обнаружением аллеля HLA-C*12 и полиморфного варианта Pro гена p53; развитие псориатического артрита – с полиморфизмами HLA-B*08, HLA-B*27, HLA-B*38, HLA-B*39 и генами, кодирующими IL-23R, TNFAIP3; развитие пустулезного псориаза – с мутаций в гене, кодирующем антагонист рецептора IL36RA.

Предиктивные БМ. Позволяют оценить, как пациент будет реагировать на определенное лечение. Например, у HLA-C*06:02-негативных больных псориазом в 3 раза больше шансов достижения выраженного эффекта (PASI90) у применяющих адалимумаб (ингибитор TNF α), чем устекинумаб (ингибитор IL-12/IL-23) при изолированных поражениях кожи.

БМ ответа на терапию. Применяют для прогнозирования эффективности терапии. Показано, что содержание в крови таких рутинно определяемых показателей как С-реактивный белок, индекс NLR (отношения нейтрофилов к лимфоцитам), индекс PLR (отношения тромбоцитов к лимфоциту) коррелирует с тяжестью псориаза. По уровню данных показателей можно проводить раннюю оценку эффективности лечения.

БМ безопасности. Отражают вероятность наступления или отсутствия нежелательного явления в ходе лечения. В первую очередь оценивают показатели клинического (лейкоциты, тромбоциты) и биохимического (трансаминазы, креатинин, билирубин) анализа крови.

Мониторинговые БМ. Измеряют несколько раз для детекции изменений в активности заболевания, определения токсичности и безопасности терапии, предоставления доказательства действия препарата. В качестве мониторинговых БМ измеряют показатели, динамические изменения которых позволяют оценить влияние препарата на организм человека.

Суррогатная конечная точка. К данному понятию относят показатели, достижение определенного значения которых обеспечит наиболее оптимальный клинический результат лечения болезни. Например, при лечении генно-инженерными биологическими препаратами, в качестве суррогатных конечных точек предложена концентрация этих препаратов и уровень аутоантител к ним.

Оценка биомаркеров у больных псориазом позволит лучше персонализировать их терапию.

НЕЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ГЕНО-ИНЖЕНЕРНЫМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ

Жуков А.С., Хайрутдинов В.Р., Самцов А.В.
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

При лечении хронических кожных заболеваний основной задачей является разрешение высыпаний и длительное поддержание ремиссии. Больным со среднетяжелым, тяжелым псориазом, а также при особых локализациях высыпаний показана системная терапия базисными противовоспалительными и генно-инженерными биологическими препаратами.

Оценка эффективности системной терапии больных псориазом проводится на основании определения индексов PASI, BSA, DLQI. Выделяют ин-

дукционную (до 16 недели) и поддерживающую (больше 16 недель) терапию. Согласно Европейскому консенсусу эффективной терапией считается снижение индекса PASI на 75% и выше от исходного к концу индукционной фазы лечения (PASI75). Показатели индекса PASI<50% принято считать неэффективным лечением. При изменении индекса PASI в пределах 50-74% ориентируются на оценку качества жизни пациента по индексу DLQI. При значении DLQI≤5 лечение считается эффективным, а при DLQI>5 – неэффективным.

В ходе оценки результатов лечения выделяют первичную и вторичную неэффективность проводимой терапии. При первичной – отсутствует или недостаточен эффект в индукционную фазу лечения. Вторичная – характеризуется снижением или отсутствием эффективности при первоначальном достаточном ответе на терапию.

В качестве наиболее частых причин неэффективности лечения выделяют неправильное дозирование препарата, формирование антител, низкую приверженность к терапии, фармакогенетические особенности организма.

Неправильное дозирование может возникнуть в результате назначения изначально низкой дозы препарата, увеличения лекарственной толерантности, не учитывания веса пациента [Heath 2018].

Формирование антител имеет большое значение при лечении ингибиторами фактора некроза опухоли альфа, но не всегда может приводить к снижению эффективности при терапии ингибиторами ИЛ-17 и ИЛ-23.

Для оценки фармакогенетических особенностей человека уже определено несколько десятков предиктивных генетических биомаркеров, обуславливающих вероятность ответа на проводимое лечение. Планируется, что в скором времени они пройдут валидацию для их применения в клинической практике.

Выявление причины неэффективности терапии ГИБП не всегда очевидно. Это объясняется частую влиянием множества факторов.

Примечательно, что в работе Mashiko и соавторов показано, что в неразрешившихся бляшках при лечении ГИБП уровни цитокинов TNF, IL-23, IL-17 и IFN сходны с нелечеными высыпаниями. Одной из причин считают повышенное число резидуальных клеток памяти в этих локализациях.

Таким образом, учитывание известных факторов неэффективности терапии больных псориазом, а также поиск новых позволит проводить эффективное лечение больных псориазом с любой тяжестью и локализацией высыпаний.

ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА Д НА НЕРВНУЮ СИСТЕМУ СРЕДИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Захарова В.В.

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Сопоставить уровень витамина Д в сыворотке крови с изменениями в психоэмоциональной сфере по шкале Спилберга Ханина, по госпитальной шкале, у лиц молодого возраста.

Материалы и методы. Обследовано 35 пациентов в возрасте от 19 до 25 лет, мужчин – 12 (средний возраст – 22±1,8 лет), женщин – 23 (средний возраст – 23,8±2,3). Всем пациентам наряду с неврологическим осмотром, определяли уровень витамина Д 25-ОН (гидрокси), по значению которого оценивали статус витамина Д в организме: <10,0 нг/мл выраженный дефицит; <20,0 нг/мл – дефицит; 20-30 нг/мл соответствовало недостаточности витамина Д; 35-75 нг/мл – адекватный уровень. Состояние психоэмоционального статуса оценивали по тесту на тревожность Спилберга Ханина состоящего из 2 частей: 1 часть – шкала самооценки, 2 часть – тест на тревожность. Количество баллов <30 соответствовало низкому уровню тревожности; 31-45 баллов – среднему; выше 46 баллов – высокому уровню тревожности. Также использовали госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS): 0-7 баллов соответствует отсутствию достоверно выраженных симптомов тревоги/депрессии; 8-10 баллов – субклинически выраженная тревога/депрессия; 11 баллов и выше клинически выраженная тревога/депрессия. Исследование витамина Д проводилось в сентябре, группа обследуемых не была ограничена в пребывании на солнце по состоянию здоровья.

Результаты и обсуждение. Результаты исследования витамина Д в обследуемой группе: адекватный уровень у 5 пациентов (15,8%); у 14 пациентов (46,9%) выявлена недостаточность витамина Д; у 8 пациентов (26,5%) – дефицит витамина Д; у 3 – (10,8%) выраженный дефицит.

Сопоставляя результаты уровня витамина Д с результатами анкетирования выявлено, что у обследуемых с адекватным уровнем витамина Д (соответствовал среднему значению 45,6) выявлена субклинически выраженная тревога, без признаков клинически выраженной депрессии. В группе пациентов с недостаточностью витамина Д при оценке теста тревожности – уровень средний. В группе пациентов с дефицитом витамина Д наблюдалась выраженная тревога

по шкале Спилберга Ханина, по госпитальной шкале показатели соответствовали субклинической тревоге. В группе пациентов с выраженным дефицитом витамина Д выявлены признаки клинически выраженной тревоги и депрессии по шкале HADS и высокий уровень тревожности по опроснику Спилберга.

Вывод. У лиц молодого возраста с выраженным дефицитом витамина Д наблюдаются признаки субклинической выраженной тревоги и депрессии. Выявленные изменения требуют медикаментозной коррекции и последующего наблюдения.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ГЕМОБЛАСТОЗАМИ ВЗРОСЛОГО ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Зверева О.Н.

Северный государственный медицинский университет,
г. Архангельск

Гемобластозы занимают в Архангельской области 7-е место в структуре онкологической заболеваемости и характеризуются неуклонным ростом. Значимую среди них по удельному весу группу формируют острые и хронические лейкозы, а также парапротеинемические гемобластозы.

Цель исследования. Изучить эпидемиологию острых лейкозов (ОЛ), хронического миелолейкоза (ХМЛ), хронического лимфолейкоза (ХЛЛ) и множественной миеломы (ММ) у жителей Архангельска, Северодвинска и Новодвинска за 10-летний период.

Материалы и методы. По данным Архангельского областного канцер-регистра изучена первичная заболеваемость лейкозами городского населения за период с 2009 по 2018 гг.

Результаты и обсуждение. За исследуемый период среди взрослых жителей Архангельской области зарегистрировано 220 случаев ОЛ (21,4%), 136 случаев ХМЛ (13,2%), 398 случаев ХЛЛ (38,6%) и 276 случаев ММ (26,8%). Первичная среднегодовая заболеваемость ОЛ в Архангельской области составила 1,92 на 100 тыс., ХМЛ – 1,19 на 100 тыс., ХЛЛ – 3,32 на 100 тыс., ММ – 2,41 на 100 тыс. населения. При сравнении показателей по трем городам наиболее высокая заболеваемость ОЛ, ХМЛ и ММ отмечена в Новодвинске (3,61; 1,55 и 2,58 соответственно), а ХЛЛ – в Архангельске (3,96). Средний показатель инцидентности лейкозов в трех крупных промышленных центрах Архангельской области был выше, чем в среднем по области при ОЛ (2,11 на 100 тыс.), ХМЛ (1,37), таким же при ХЛЛ (3,34) и ниже при ММ (2,32).

Выводы. Среднегодовой уровень первичной заболеваемости ОЛ, ХМЛ, ХЛЛ и ММ взрослого городского населения Архангельской области выше аналогичных среднегодовых региональных показателей. За исследуемый период зафиксирован рост уровня первичной заболеваемости всеми формами лейкозов.

ПАРАПРОТЕИНЕМИЧЕСКИЕ ГЕМОБЛАСТОЗЫ У НАСЕЛЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКА

Зверева О.Н.

Северный государственный медицинский университет,
г. Архангельск

Цель исследования. Злокачественные новообразования лимфатической и кроветворной ткани (гемобластозы) занимают в Архангельской области 7-е место в структуре онкологической заболеваемости. Значимую по удельному весу группу формируют парапротеинемические гемобластозы.

Материалы и методы. Изучена первичная заболеваемость парапротеинемическими гемобластомами населения Архангельской области по данным формы №090/у «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» за 20 лет (с 1999 по 2018 гг.). Достоверность диагноза подтверждалась данными анализа медицинских карт стационарного больного ф.№003у и амбулаторных карт ф.№025у.

Результаты и обсуждение. Наиболее высокий среднегодовой уровень заболеваемости лейкозами по всем районам области отмечен в Мезенском районе (10,6 на 100 тыс. населения), а по городам области: в областном центре – г. Архангельске (8,75 на 100 тыс. населения). Диагноз ММ был впервые установлен у 124 чел., из них преобладали женщины – 61,3% (76 чел.) Средний возраст больных составил 63,4 года. Всего в возрасте старше 60 лет было 74 чел. (59,7%). Однако за исследуемый период средний возраст больных ММ снизился с 68,3 лет в 1998 году до 58,9 лет в 2018 году. 11 пациентов с ММ были моложе 50 лет, из них у двух больных диагноз был установлен в возрасте 35 лет. Первичная заболеваемость при ММ наиболее высока в возрасте 60-69 лет – 8,43 на 100 тыс. и 50-59 лет – 6,40 на 100 тыс. Среднегодовой показатель первичной заболеваемости при ММ – 1,70 случаев в год на 100 тыс. населения, что выше среднегодового показателя по всей области (1,42 на 100 тыс.) Наиболее высокий уровень первичной заболеваемости за 20 лет зарегистрирован в 2008 году (3,28 на 100 тыс. населения).

Уровень первичной заболеваемости при ММ повысился с 0,94 до 3,28 на 100 тыс. населения в 2018 г.

Выводы. Обращает на себя внимание значительный рост уровня первичной заболеваемости ММ за двадцатилетний период. Считаем важным приложить координированные усилия по созданию общего регистра онкогематологических заболеваний населения области, включающей парапротеинемические гемобласты.

МАКРОГЛОБУЛИНЕМИЯ ВАЛЬДЕНСТРЕМА ПО МАТЕРИАЛАМ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Зверева О.Н., Кушерекина Я.Ю.

Северный государственный медицинский университет,
г. Архангельск

Цель исследования. Представлены результаты ретроспективного исследования впервые диагностированных случаев макроглобулинемии Вальденстрема (МВ) за период с 2001 по 2019 г. в Архангельской областной клинической больнице (АОКБ) с целью охарактеризовать особенности течения заболевания в представленной группе больных и результаты проведенной программной химиотерапии.

Материалы и методы. За исследуемый период диагноз МВ установлен у 29 пациентов гематологического отделения АОКБ. Медиана возраста больных составила 60 лет (от 41 года до 76 лет), из них было 15 пациентов мужского пола и 14 женщин. Большинство больных (58,6%) проживали в городах Архангельске, Северодвинске и Новодвинске. Всем больным диагноз МВ был установлен на основании критериев диагностики, включавших инфильтрацию костного мозга малыми лимфоцитами и плазматическими клетками и моноклональную секрецию IgM.

Результаты и обсуждение. На момент диагностики заболевания наиболее частыми жалобами были: общая слабость и утомляемость – у 27 чел. (93,1%), потеря массы тела более 3 кг – у 15 чел. (51,7%), оссалгии – у 9 чел. (31,0%), кровоточивость десен и носовые кровотечения – 5 чел. (17,2%). Поводом для направления в стационар и более детального обследования являлись: синдром повышения СОЭ – у 19 чел. (65,5%), спленомегалия – у 18 чел. (62,1%), из них у 6 чел. – значительная, упорные боли в костях и позвоночнике – у 10 чел. (34,4%), лимфоаденопатия – у 9 чел. (31,0%), синдром повышенной вязкости крови – у 12 чел. (41,4%). Продолжительность заболевания к моменту диагностики составляла от 2 мес. до 2 лет. Изменения в перифери-

ческой крови (ПК) прежде всего проявлялись анемией у всех больных от легкой степени тяжести до тяжелой у единичных больных (гемоглобин до 54 г/л). У большинства больных (65,5%) отмечалась тромбоцитопения с медианой 82×10^9 /л. Лейкопения имела место у 6 пациентов (20,7%) с медианой $2,2 \times 10^9$ /л, лейкоцитоз – у 11 пациентов (37,9%) с медианой $20,7 \times 10^9$ /л, у остальных – нормальное количество лейкоцитов в ПК. Абсолютный лимфоцитоз диагностировался в большинстве случаев (82,7%). СОЭ была повышена у всех без исключения больных в пределах от 55 мм/час до 76 мм/час. Гиперпротеинемия выявлялась у 18 больных (62,1%) в пределах от 88 до 130 г/л, повышение IgM у всех пациентов – от незначительного (2,1 г/л) до выраженного – 40,4 г/л (при норме менее 1,8 г/л). По данным миелограммы зарегистрировано повышение лимфоцитов в пределах от 18,2% до 63%, плазматических клеток – от 1,9% до 32%. По результатам лучевых методов исследования остеодеструкции выявлялись у 20,7% больных. Согласно Российским клиническим рекомендациям по диагностике и лечению лимфопролиферативных заболеваний, пациентам назначались программы полихимиотерапии (ПХТ) с ритуксимабом, оказавшиеся эффективными во всех случаях с достижением ремиссии, а до 2013 года – программы ПХТ МР и М2 с достижением клинико-гематологического улучшения, проявлявшегося уменьшением выраженности болевого и лимфопролиферативного синдромов, снижением патологической секреции.

Выводы. Таким образом, частота основных симптомов на момент диагностики МВ по результатам нашего исследования свидетельствует о поздней диагностике в 82,8% случаев. Знание практически всеми врачами ранних признаков данного заболевания будет способствовать своевременному направлению больных МВ к гематологу, что поможет предотвратить тяжелые осложнения и улучшить прогноз.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ БИОТРАНСФОРМАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ МИЕЛОИДНЫМ ЛЕЙКОЗОМ, ПОЛУЧАЮЩИХ АНТИТИРОЗИНКИНАЗНУЮ ТЕРАПИЮ

Золотарёв А.Д., Поляков А.С., Колюбаева С.Н.
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить значение исследования полиморфизма генов биотрансформации ксе-

нобиотиков в прогнозировании риска развития у пациентов с хроническим миелоидным лейкозом (ХМЛ) специфических осложнений терапии ингибитором тирозинкиназ (ИТК) 2-го поколения дазатинибом.

Материалы и методы. Для реализации целей исследования были отобраны 46 пациентов с ХМЛ, получавших лечение дазатинибом в гематологическом отделении клиники кафедры факультетской терапии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова МО РФ и Российском научно-исследовательском институте гематологии и трансфузиологии ФМБА. У 11 пациентов в период лечения дазатинибом были выявлены специфичные для данного препарата нежелательные явления (рецидивирующие плевральные выпоты). К настоящему моменту полностью проанализированы результаты исследований биоматериалов, полученных от 6 пациентов с диагнозом ХМЛ, 5 из которых имели проявления специфичной токсичности, послужившие причиной отмены дазатиниба.

Проведено определение полиморфизмов генов биотрансформации методом ПЦР. В качестве исследуемого материала использовалась ДНК, выделенная из периферической крови испытуемых. Выделение ДНК и приготовление реакционных смесей проводили с помощью наборов фирмы «ДНК-Технология, Россия» и «Литех, Россия». Амплификацию ДНК и получение результатов осуществляли с помощью прибора DT Prime («ДНК-Технология»). Исследовали полиморфизмы следующих генов: CYP2C9: 430C>T, rs1799853; CYP2C9: 1075A>C, rs1057910; CYP3A4: -392A>G, rs2740574; CYP3A5: 6986G>A, rs776746; CYP4F2: 1347C>T, rs2108622; VKORC1: -1639_G>A, rs99232231.

Результаты и обсуждение. Распределение однонуклеотидных полиморфизмов (ОНП) генов цитохрома P450 и VKORC1 в группе пациентов с непереносимостью терапии произошло следующим образом: мутация в гене VKORC1 была выявлена у 3 испытуемых (60%), все имели гетерозиготный генотип (GA); в гене CYP4F2 мутация была выявлена у 2 (40%), все имели гетерозиготный генотип (СТ); мутация в гене CYP2C9 выявлена у 1 испытуемого (20%), гетерозиготный генотип (АС); мутация в гене CYP3A4 выявлена у 1 испытуемого (20%), гетерозиготный генотип (AG). У 3-х испытуемых встречался только 1 ОНП (60%), 2-е испытуемых имели 2 ОНП (40%). Частота встречаемости ОНП в группе с непереносимостью терапии составила 100%. У пациента, относящегося к группе контроля полиморфизмов выявлено не было.

Выводы. По предварительным результатам исследования (обработано 13% данных) у пациентов со специфичными проявлениями токсичности частота встречаемости различных ОНП

составила 100% по сравнению с группой контроля, в которой ОНП отсутствовали, что при накоплении данных может стать основой для вывода о причинах токсичности дазатиниба у некоторых пациентов. Другим ожидаемым результатом исследования может стать интерпретация данных о выявлении (пока выявлен только у 1 пациента с симптомами непереносимости) полиморфизма гена фермента CYP3A4, считающегося главным в биотрансформации дазатиниба. Интерес представляет и выявление у 3 испытуемых (60% из проанализированных) мутации в гене VKORC1 (витамин-К-редуктаза). Последующий анализ может подтвердить предположение о значении снижения функциональной активности VKORC1 в возникновении нежелательных явлений. Проведение исследований по изучению полиморфизма генов биотрансформации может способствовать и дополнительному выявлению значения их генетически детерминированной функциональной активности в метаболизме и других ИТК и целого ряда ЛС, применяемых при иных заболеваниях. Такие данные могут стать перспективным инструментом для прогнозирования нежелательных реакций при выборе различных видов медикаментозной терапии.

ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА И ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ

Зубова Е.А.¹, Бражник В.А.^{1,2},
Минушкина Л.О.², Затеищikov Д.А.^{1,2}

¹Городская клиническая больница №51,
²Центральная государственная медицинская академия,
Москва

Цель исследования. Оценить факторы риска неблагоприятных исходов у больных 75 лет и старше, перенесших эпизод острого коронарного синдрома (ОКС).

Материалы и методы. Исследование явилось частью многоцентрового исследования ОРАКУЛ II (Обострение ишемической болезни сердца: логико-вероятностные пути прогнозирования для оптимизации лечения). Исследование проведено на базе ГБУЗ ГКБ 51 ДЗМ. В исследование включались пациенты, поступившие в стационар с диагнозом острый коронарный синдром с показаниями к проведению чрезкожных коронарных вмешательств (ЧКВ), в не-

зависимости от того было оно проведено или нет. После выписки было предусмотрено 4 визита (день 25, день 90, день 180 и день 365). Фиксировались смерть от любых причин, коронарные конечные точки (фатальный и не фатальный инфаркт), все неблагоприятные исходы (смерть, повторные ишемические события и все случаи клинически значимых кровотечений).

В наблюдаемой когорте было 343 больных старше 74 лет (116 (33.8%) мужчин и 227 (66.2%) женщин, средний возраст $81,47 \pm 4.83$ лет). ЧКВ в связи с индексным эпизодом было проведено 162 (52%) больным.

В течении года наблюдения смерть от любой причины была зарегистрирована у 89 (26,6%) больных. Независимыми предикторами смерти от любой причины у больных старшего возраста оказались наличие у больного мерцательной аритмии (OR 1,872 [1,038-3,376], $p=0,037$), сердечная недостаточность 2-4 ФК Killip при поступлении (OR 2,66 [1,47-4,81], $p=0,001$), проведение ЧКВ (OR 0.341 [0.191-0.611], $p=0,001$) и повышение уровня мочевой кислоты (OR 1.004 [1.000-1.007], $p=0,025$).

Повторные коронарные события в течении года зарегистрированы у 80 больных. Независимыми предикторами повторных коронарных событий были наличие у больных аортального стеноза OR 4.886 [1.964-12.158], $p=0.001$, атеросклероз периферических артерий (OR 2.404 [1.048-5.512], $p=0.038$), большие кровотечения (OR 9.945 [1.722-57.423], $p=0.010$) и синдром старческой астении (OR 3.807 [1.688-8.583], $p=0.001$).

Любые неблагоприятные события (значимые кровотечения (BARC 2-5), все смерти, повторные эпизоды ОКС, инсульта, осложненный атеросклероз, ХСН) были зарегистрированы у 148 больных. При многофакторном анализе значимыми предикторами неблагоприятных исходов были синдром старческой астении (OR 3.124 [1.206-8.097], $p=0.019$) и повышение уровня мочевой кислоты (OR 1.003 [1.000-1.006], $p=0.035$).

При анализе диагностической ценности различных шкал оценки риска было выявлено, что наибольшей диагностической ценностью у лиц старшего возраста в отношении смерти обладала отечественная шкала РЕКОРД (площадь под ROC – кривой 0.691 [0,634-0,744]), а для всех значимых событий, включая кровотечения разработанная нами ранее шкала ОРАКУЛ – с-критерий 0.710 [0,648-0,767].

Вывод. Важным предиктором неблагоприятных исходов у больных старшего возраста является синдром старческой астении. Шкалы риска, используемые в клинической практике, должны быть валидированы на отечественной популяции.

ТИП ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ, ЕСТЬ ЛИ ВЗАИМОСВЯЗЬ

Зуйкова А.А., Есина Е.Ю.,
Котова Ю.А., Красноуцкая О.Н.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Цель исследования. Провести анализ приверженности к антитромботической терапии у больных с разными типами фибрилляции предсердий.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 28 пациентов с фибрилляцией предсердий, среди которых 15 мужчин (52%) и 13 женщин (47%). Во время амбулаторного приема проводили клинический осмотр больных, изучали анамнез заболевания, проводили анализ антитромботической терапии, принимаемой больными для профилактики инсульта и системных тромбоэмболий, рассчитывали риск инсульта и системных тромбоэмболий по шкале CHA₂DS₂-VASc и риск кровотечения по шкале HAS-BLED.

Для определения приверженности пациентов к назначенной терапии был использован опросник Мориски-Грина. Если пациент набирал по шкале Мориски-Грина 4 балла, считали его приверженным к лечению, 3 балла – недостаточно приверженным, ≤ 2 баллов – не приверженным к лечению.

Статистическая обработка материала проводилась с помощью стандартных статистических методов и пакета программ STATISTICA Trial Version фирмы StatSoft Inc. Различия между группами считали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В зависимости от типа фибрилляции предсердий (ФП), все пациенты были разделены на 4 группы. В 1-ю группу вошел 1 (4%) пациент с впервые выявленной ФП, в возрасте 59 лет, CHA₂DS₂-VASc – 4 балла

HAS-BLED 2 балла. 2-я группа состояла из 7 (25%) больных с пароксизмальным типом ФП, средний возраст $62,5 \pm 9,18$ лет, CHA₂DS₂-VASc $2,5 \pm 1,61$ балла, HAS-BLED $1,8 \pm 0,89$ балла. 3-я и 4-я группы – из 4 (14%) и 16 пациентов (57%) с персистирующим и постоянным типами ФП, соответственно. Средний возраст пациентов третьей группы – $77,5 \pm 5,74$ лет, средний балл по шкале CHA₂DS₂-VASc $3,7 \pm 0,95$, по шкале HAS-BLED $2,7 \pm 0,5$. Средний возраст пациентов четвертой группы составил $69,2 \pm 10,79$ лет, средний балл по шкале CHA₂DS₂-VASc $3,3 \pm 1,3$, по шкале HAS-BLED $2,2 \pm 0,77$. Пациенты с длительно персистирующим типом ФП среди обследованных больных, отсутствовали. Приверженность к лечению у больных 1-й, 2-й, 3-й и 4-й групп, составила: 1, 2, 2, 5

и 1,2 балла, соответственно. Больные первой, второй и четвертой групп, были не привержены к лечению, направленному на профилактику инсульта и системных тромбоэмболий. У пациентов третьей группы, приверженность к антитромботической терапии, была недостаточной.

Анализ ответов больных на вопросник Мориски-Грина, показал, что чаще всего больные или забывали принимать препараты для профилактики инсульта и системных тромбоэмболий, или относились невнимательно к часам приема лекарств. У больных всех групп средний балл по шкале CHA2DS2-VASc был ≥ 2 , однако, для профилактики инсульта и системных тромбоэмболий они принимали наряду с варфарином и новыми пероральными антикоагулянтами, ацетилсалициловую кислоту.

Выводы. Приверженность к лечению у больных с разными типами фибрилляции предсердий колебалась от недостаточной до низкой. Приверженность к лечению у больных фибрилляцией предсердий не зависела от ее типа.

ПАРАДОКСАЛЬНЫЕ ДВИГАТЕЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА, СПРОВОЦИРОВАННЫЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИЕЙ ВИТАМИНОМ В12

Ивашина Е.Н.¹, Филипович Е.К.¹,
Головач А.В.¹, Скабей А.И.²

¹Белорусская медицинская академия
последипломного образования,

²Республиканский научно-практический центр
«Мать и дитя»,
Минск, Республика Беларусь

Введение. Клинически дефицит витамина В12 у детей проявляется неврологическими и гематологическими нарушениями: мегалобластной анемией или панцитопенией, нарушением питания и кормления, задержкой психомоторного развития или его регрессом, диффузной гипотонией, гиперкинезами и даже судорогами. В то же время непроизвольные движения могут появляться через несколько дней после начала терапии цианкобаламином, о чем в литературе имеются единичные сообщения.

Цель. Ознакомление врачей терапевтических специальностей с двигательными нарушениями, спровоцированными введением витамина В12 на примере собственного клинического наблюдения.

Материалы и методы. Данные клинического исследования, лабораторных и инструментальных методов диагностики, литературные источники.

Результаты и обсуждение. Пациент Д, 8 месяцев, поступила из детской инфекционной больницы в педиатрическое отделение для детей с патологией ЦНС РНПЦ «Мать и дитя» с жалобами на остро возникшие насильственные движения в левой кисти, в мышцах лица (подбородка, левой ноздри, языка) постоянного характера, исчезающие во сне. Гиперкинезы возникли во время заместительной терапии витамином В12 (в дозе 50 мкг в/мышечно) в связи с выявленной витамин В12-дефицитной панцитопенией (гемоглобин 69 г/г, эритроциты – $1,95 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты – $4,98 \cdot 10^9/л$, тромбоциты – $124 \cdot 10^9/л$, уровень В12 в крови – 111 пмоль/л).

На 3-и сутки введения витамина В12 появились описанные выше гиперкинезы. На ЭЭГ – диффузные изменения полиморфного типа, пароксизмальной и эпилептиформной активности не зарегистрировано. МРТ головного мозга – расширение переднего субарахноидального пространства.

В связи с появившейся неврологической симптоматикой переведена в РНПЦ «Мать и дитя».

Объективно: явления глоссита в виде сглаженности сосочков языка и его малиновой окраски. Выраженный мелкоразмашистый тремор левой кисти и предплечья, миоклонические подергивания подбородка и языка, исчезающие во сне. Не садится, не ползает. Мышечный тонус низкий. Сухожильные рефлексы обычной живости, d=s. Брюшные рефлексы d=s, снижены. Опора ослаблена.

Диагноз: В12-ассоциированный экстрапиримидный гипотонически – гиперкинетический синдром (миоклонии языка, конечностей), на фоне заместительной терапии дефицита В12. Витамин В12-дефицитная панцитопения. Задержка преимущественно моторного развития.

Лечение: курс цианкобаламина 50 мкг внутримышечно 1 раз в день до №15, фолиевая кислота 0,5 мг 1 раз в сутки, ноофен в дозировке 14 мг/кг/сут.

Уменьшение выраженности гиперкинезов и исчезновение малиновой окраски языка отмечено через 20 дней от начала терапии.

При контрольном осмотре в возрасте 10 месяцев гиперкинезов нет. Общий анализ крови в пределах нормы. Уровень витамина В12 в сыворотке крови – 289,5 пмоль/л.

Выводы. 1. При заместительной терапии витамином В12, в случае его дефицита у детей первого года жизни, возможно возникновение гиперкинезов. 2. Появление дискинезий не требует отмены цианкобаламина. 3. Дискинезии, спровоцированные введением цианкобаламина, носят относительно доброкачественный, кратковременный характер и купируются без назначения противосудорожных препаратов.

ДИСТАНЦИОННОЕ МОБИЛЬНОЕ ЭКГ-МОНИТОРИРОВАНИЕ (ECG-DONGLE) У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Изиляева Е.А.

Военно-медицинская академия
имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. На сегодняшний день вопросы ведения пациентов с хронической сердечной недостаточностью не считаются окончательно обработанными. Различные научные публикации, связанные с ведением пациентов с сердечной недостаточностью, в основном, носят прикладной характер. Особое внимание уделяется своевременному оказанию специализированной медицинской помощи и возможности дистанционного мониторинга состояния пациента лечащим врачом. Дистанционные консультации, вовремя проведенная диагностика и выявление предвестников ухудшения течения сердечной недостаточности.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие две группы людей. Первая группа составила 10 человек (4 женщины, 6 мужчин, средний возраст 65 лет, средняя фракция левого желудочка 38%) с хронической сердечной недостаточностью. Вторая группа (контрольная группа, средний возраст 31 год) включала 10 здоровых мужчин.

Участники были снабжены комплектом для домашнего мониторинга и связи (планшетный компьютер с доступом в Интернет, мобильное устройство ЭКГ «ECG-Dongle»). Для каждого пациента (из первой группы) был разработан план лечения с учетом течения сердечной недостаточности и наличия сопутствующих заболеваний.

Результаты и обсуждение. Получаемое изображение с помощью мобильного ЭКГ-устройства (ECG-Dongle) полностью соответствует данным стационарного электрокардиографа в 12 отведениях. Применение дистанционного ЭКГ-мониторирования с помощью ECG-Dongle решает задачу индивидуального выявления предикторов дестабилизации состояния сердечно-сосудистой системы пациента, а также может помочь в определении возможных причин ухудшения течения сердечно-сосудистого заболевания, что способствует своевременной коррекции терапии.

Выводы. Применение дистанционного ЭКГ-мониторирования (ECG-Dongle) решает задачу сво-

временного выявления предвестников ухудшения состояния пациента, а также выявляет возможную причину дестабилизации течения сердечно-сосудистого заболевания.

Результаты проведенного исследования показывают, что система дистанционного мониторинга с помощью мобильной связи может быть использована в качестве вспомогательной модели амбулаторной помощи при ведении больных хронической сердечной недостаточностью. Общим благоприятствующим фактором является повышение мотивированности пациентов к реабилитации и лечению при вовлечении их в процесс самопомощи и улучшения качества взаимодействия «врач-пациент».

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО- КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Ираклионова Н.С.

Волгоградский государственный
медицинский университет,
г. Волгоград

Цель исследования. Оценить особенности продукции IL-5, эозинофильного катионного протеина (ECP) и общего IgE у пациентов с сочетанием воспалительных заболеваний верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (ВЗВОЖКТ) и аллергического ринита (АР).

Материалы и методы. Работа выполнена в дизайне одномоментного сравнительного аналитического исследования в параллельных группах. В исследование были включены 225 человек в возрасте от 18 до 40 лет. Критерии включения: хронический гастрит/дуоденит до начала терапии; АР (стадия ремиссии). Критерии невключения: менее 30 дней после острых воспалительных заболеваний, не локализованных в области ЖКТ; наличие хронических воспалительных процессов другой локализации (кроме аллергических заболеваний).

I группу (n=47) составили условно здоровые пациенты. II группу (n=43) – пациенты с АР без патологии ЖКТ. III группу (АР–Нр–; n=30) – Н. pylori-негативные пациенты с ВЗВОЖКТ без АР. IV группу (АР–Нр+; n=36) – Н. pylori-позитивные пациенты с

ВЗВОЖКТ без AP. V группу (AP+Hr-; n=31) – H. pylori-негативные пациенты с ВЗВОЖКТ и с AP. VI группу (AP+Hr+; n=38) – H. pylori-позитивные пациенты с ВЗВОЖКТ и с AP.

Определение содержания IL-5 (Bender MedSystems, Вена, Австрия), ECP (Siemens, Великобритания; референтный интервал 0-24 нг/мл), общего IgE (Siemens, Великобритания; референтный интервал 0-87 МЕ/мл) в сыворотке крови проводили методом иммуноферментного анализа.

Для сравнения частот в двух независимых группах объектов исследования применяли критерий χ^2 . Различия показателей считали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В группах Hr- пациентов (AP-Hr- и AP+Hr-) повышенные значения IL-5 встречались чаще, чем в группе здоровых лиц (соответственно, 80,0% vs 51,1%, $p=0,0154$; 77,4% vs 51,1%, $p=0,0315$). При сравнении пациентов только с заболеваниями ЖКТ (III и IV группы) между собой значения IL-5 в сыворотке крови, превышающие медианное значение в группе здоровых лиц ($Me=2,7$ пг/мл), были выявлены у 80,0% пациентов, не имеющих H. pylori-инфекции, в то время как у Hr+ пациентов уровень данного цитокина более 2,7 пг/мл отмечался только в 55,0% случаев ($p=0,0369$). В группах с комбинированной патологией (AP+Hr- и AP+Hr+) различий по сывороточному уровню IL-5 в зависимости от H. pylori-инфекции выявлено не было.

Повышенные значения сывороточного уровня ECP чаще встречались у Hr- пациентов (вне зависимости от наличия AP) по сравнению со здоровыми лицами (соответственно, 36,7% vs 12,8%, $p=0,0228$; 41,9% vs 12,8%, $p=0,0061$). Вероятно, выбросу данного протеина из эозинофилов способствовал IL-5, высокий уровень которого также определялся в группах H. pylori-негативных пациентов. В группах Hr+ и Hr- пациентов по частоте повышенных значений сывороточного уровня ECP различий выявлено не было.

При сочетании гастродуоденопатологии с AP у Hr- пациентов отмечалась более высокая частота повышенных значений общего IgE по сравнению с Hr+ пациентами с аналогичными патологиями (64,5% vs 36,8%, $p=0,0301$). При сравнении Hr- и Hr+ пациентов без AP сохранялась такая же тенденция к более высокой частоте повышенных значений общего IgE при отсутствии H. pylori-инфекции (60,0% vs 30,6%, $p=0,0248$).

Выводы. Таким образом, H. pylori-инфекция способствует снижению выраженности Th2-фенотипа иммунного ответа вне зависимости от наличия аллергопатологии у пациентов.

К РЕЗУЛЬТАТАМ КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ФИТОМАЗИ У БОЛЬНЫХ С ПИОДЕРМИЕЙ

Исмагилов А.И.¹, Мавлянова Ш.З.¹,
Обидов С.З.¹, Убайдуллаева З.А.²,
Файзуллаева Н.С.², Имамалиев Б.А.³

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии,

²Ташкентский фармацевтический институт,

³ООО НЦ «MED STANDART»,

Ташкент, Республика Узбекистан

С целью изыскания новых терапевтических возможностей при наружной терапии пиодермий в рамках прикладного проектного исследования разработан новый комбинированный антибактериальный и антигистаминный препарат наружного действия, приготовленный на основе фиторесурсов местного происхождения.

Цель работы. Оценка эффективности действия антибактериального фитопрепарата наружного действия у больных с пиодермией.

Материалы и методы исследования. Обследовано 17 больных с вторичной пиодермией у больных с аллергодерматозами. Возраст больных составил от 18 до 27 лет. У всех больных проводили клинические и микробиологические исследования. Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи критерия Стьюдента с использованием программ «Microsoft Office Excel» и «Биостатистика 4.03». Критерием статистической достоверности служил $p < 0,05$.

Результаты исследования. По клиническим формам среди 17 больных у 8 больных диагностирован себорейный дерматит, у 9 – атопический дерматит. Для оценки клинической эффективности больные были разделены на 2 группы: I группа – 9 больных, получавших комплексную терапию с наружным применением мази левомеколь, II группа – 8 больных, получавших комплексную терапию с наружным применением новой антибактериальной фитомазы. Наружную терапию больные обеих групп получали 2 раза в день в течение 10 дней. Для оценки динамики кожно-патологического процесса изучали клинические и микробиологические показатели до и после лечения. Клинико-микробиологические исследования показали, что на фоне использования комбинированной антибактериальной мази кожно-патологический процесс разрешался быстрее в среднем на 2,2±0,7 день, тогда как у больных I – группы рассасывание инфильтративно-гнойных очагов отмеча-

лось в среднем на 3,5±0,9 день терапии. Динамика рассасывания гнойно-воспалительного процесса во II группе в 1,6 раз превышала по сравнению с показателями I-группы ($P<0,05$). Результаты микробиологического исследования показали, что в основной группе, где наносили антибактериальную мазь на кожу в очагах поражения обсемененность *St. aureus* на 4-й день терапии снижалась в 4,4 раза по сравнению до лечения и составила $91,1\pm 8,7$ КОЕ (до лечения в среднем составила $231,1\pm 21,2$ КОЕ) ($P<0,05$). На 10-й день терапии показатель колонизации составил в среднем $41,8\pm 6,7$ КОЕ, что в 5,5 раза было ниже по сравнению с исходным вариантом. Тогда как в группе больных получавших мазь левомеколь имело аналогичную тенденцию, однако элиминация возбудителя по сравнению с основной группой была ниже в 2,2 раза ($P<0,05$). Анализ результатов клинико-микробиологических исследований показывает о значительной лечебной эффективности комбинированной антибактериальной мази.

Таким образом, сравнительное исследование при аллергическом дерматите с пиодермией показало, что применение комбинированной антибактериальной мази приводит к более эффективному рассасыванию кожно-патологического процесса и снижению колонизации *st. aureus* в очагах поражения.

Выводы. Новая комбинированная антибактериальная мазь обладает выраженным противовоспалительным и антибактериальным действием и может быть использована в дерматологической практике для лечения инфильтративно-гнойных процессов у больных с кожными заболеваниями.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ МИШЕНИ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Ишинова В.А., Шумак Т.И., Наваховская Л.Ю.,
Вергер Е.В., Алтухов С.В.

Федеральный научный центр реабилитации
инвалидов имени Г.А. Альбрехта,
Санкт-Петербург

Исследование компонентов биопсихосоциальной модели (БПСМ) при заболеваниях, сопровождающихся хронической болью (ХБ), позволяет определить наиболее значимую мишень воздействия, что является важным при подборе адекватных программ восстановительного лечения.

Цель работы. Исследовать взаимосвязи между компонентами БПСМ ХБ у пациентов разных возрастных групп и определить значимые мишени воздействия для подбора адекватных методов лечения.

Материалы и методы. Всего обследовано 153 пациента: 31 пациент молодого возраста (Гр. 1); 42 пациента среднего возраста (Гр. 2); 44 пациента пожилого возраста (Гр. 3); 36 пациентов старческого возраста (Гр. 4). Все пациенты страдали ХБ, сопровождающейся жалобами на быструю утомляемость, состояние тревоги, склонность к снижению настроению. Для исследования биологического компонента БПСМ использовались шкалы из опросника Symptom Check List – 90- Revised (SCL-90-R): «общий индекс тяжести заболевания» и «соматизация», а также шкалы из опросника Качества жизни SF-36: «физическое функционирование», «общее здоровье», «витальность», «боль». Психологический компонент исследовался с помощью шкал из опросника SCL-90-R: «обсессивность-компульсивность», «интерперсональная чувствительность», «паранойальность», «тревожность», «депрессия», «враждебность», «фобическая тревожность» и шкалы: психическое здоровье из опросника Качества жизни SF – 36. Социальный компонент изучался с помощью шкал опросника Качества жизни SF-36: «социальное функционирование», «ролевое физическое функционирование», «ролевое эмоциональное функционирование»; шкал из опросника SCL-90-R: «склонность к социальной депривации» и «нарушение сна и пищевого поведения». С целью выявления мишени воздействия определялся коэффициент значимости (Кз) компонентов по формуле: $Kz = M/n$, где М – количество корреляционных связей между исследуемыми показателями. Показатели Кз были ранжированы по степени нарушения: от 0 до 3 – отсутствие нарушений; от 3,1 до 6 – незначительные нарушения; от 6,1 до 9 – умеренные нарушения; от 9,1 до 12,0 – выраженные нарушения; от 12,1 до 15 – максимально выраженные нарушения.

Результаты и их обсуждение. Корреляционный анализ выявил многообразие корреляционных связей между изучаемыми признаками всех компонентов БПСМ. При этом их наибольшее число обнаружено в рамках психологического компонента во всех группах (Гр. 1 – 86; Гр. 2 – 66; Гр. 3 – 104; Гр. 4 – 98). Существенно ниже их количество обнаружено в биологическом (Гр. 1 – 51; Гр. 2 – 39; Гр. 3 – 60; Гр. 4 – 41) и социальном (Гр. 1 – 37; Гр. 2 – 43; Гр. 3 – 55; Гр. 4 – 42) компонентах. Кзп компонента в Гр. 1 (10,75) соответствовал выраженному уровню нарушений, в Гр. 2 – умеренному (8,25), в Гр. 3 и 4 – максимально выраженным (13,0 и 12,25) нарушениям. Кзб (Гр. 1 = 8,5; Гр. 2 = 6,5; и Гр. 4 = 6,83) и Кзс (Гр. 1 = 7,4; Гр. 2 = 8,6; Гр. 4 = 8,4) компонентов БПСМ соответствовал умеренному уровню нарушений, а Кзб (10,0) и Кзс (11,0) компонентов в Гр. 3 – выраженным.

Таким образом, в процессе исследования обнаружилось, что психогенный компонент является важной мишенью воздействия у пациентов всех возрастных групп, что предполагает обязательное привлечение специалистов этого направления (медицинских психологов, психотерапевтов, психиатров). В группе риска оказались пожилые люди, состояние здоровья которых могло усугубиться сложным переходным периодом в их жизни, влекущим изменение их социального и экономического статуса. Результаты исследования могут быть полезны для специалистов разных областей медицины при подборе наиболее эффективных программ лечения или реабилитации больных.

КИСЛОТНО-ОСНОВНОЕ СОСТОЯНИЕ КРОВИ ПРИ СИНДРОМЕ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Каптюх Д.С., Шишко В.В.,
Карпович О.А., Шульга Е.В.
Гродненский государственный
медицинский университет,
г. Гродно, Республика Беларусь

Цель исследования. Оценить показатели кислотно-основного состояния крови (КОС) у пациентов с синдромом обструктивного апноэ во сне (СОАС).

Материалы и методы. Обследованы 50 пациентов в возрасте от 30 до 60 лет с диагнозом СОАС (основная группа). Средний возраст обследуемых составил $50,4 \pm 8,6$ лет. Мужчин 33 (66,0%), женщин 17 (34,0%). В группу сравнения вошли 46 человек без СОАС, сопоставимых с основной группой по гендерному составу и наличию сопутствующей патологии. С целью выявления СОАС проводилось ночное респираторное мониторирование с использованием системы SOMNOcheck micro (Weinmann, Германия).

Забор крови для изучения КОС производили в утренние часы, натощак, из локтевой вены безжгутовым способом. Определялись следующие показатели: концентрация водородных ионов (рН), лактат, стандартный бикарбонат (SBC), реальный/стандартный избыток (недостаток) буферных оснований (ABE/SBE), гидрокарбонат (HCO_3^-), общая углекислота плазмы крови (TCO₂). Исследование проводилось на микрогазоанализаторе «Stat Profile рНОх plus L» (США, Instrumentation Laboratory) в газотранспортной лаборатории ЦНИЛ УО «Гродненский государственный медицинский университет».

Статистический анализ материала проводился с использованием пакета программ Statistica

10.0. Использовались методы непараметрической статистики. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Во всех группах преобладали лица мужского пола, который является доказанным фактором риска развития СОАС. Среднее значение индекса апноэ/гипопноэ (ИАГ) в группе пациентов с СОАС составило $15,4 \pm 13,2$ /час, что соответствует обструктивному апноэ во сне средней степени тяжести. При анализе результатов исследования КОС, рН крови находилось в пределах нормы у пациентов обеих групп, однако, пациенты с СОАС характеризовались более низкими его значениями: 7,42 (7,38; 7,44) против 7,44 (7,41; 7,46), $p = 0,0093$. Выявлены достоверные различия между исследуемыми группами по уровню лактата: 2,77 (2,0; 3,2) у пациентов основной группы против 1,9 (1,7; 2,5) у пациентов группы сравнения ($p = 0,00084$). Пациенты основной группы были разделены на две подгруппы: 1 подгруппа – 32 пациента с апноэ легкой степени, ИАГ $8,9 \pm 3,0$ и 2 подгруппа – 18 пациентов с умеренным и тяжелым апноэ, ИАГ $27,3 \pm 16,2$. Отмечалось нарастание уровня лактата с увеличением степени СОАС: 2,4 (2,0; 3,4) в 1 подгруппе и 2,7 (2,1; 3,0) во 2 подгруппе против 1,9 (1,7; 2,5) в группе сравнения, $p < 0,05$.

Выявлена корреляционная связь уровня лактата со степенью тяжести апноэ во сне и некоторыми показателями респираторного мониторирования: ИАГ ($r = 0,32$; $p = 0,0032$), количеством апноэ/гипопноэ обструктивного генеза ($r = 0,26$; $p = 0,029$), индексом десатурации ($r = 0,35$; $p = 0,0022$), минимальной сатурацией ($r = -0,23$; $p = 0,044$).

Выводы. У пациентов с СОАС отмечается развитие компенсированного метаболического ацидоза, что проявляется в значимом увеличении уровня лактата на фоне нормального рН крови. Повышение уровня лактата ассоциировано с нарастанием степени тяжести апноэ во сне, количеством эпизодов апноэ обструктивного генеза и со снижением сатурации крови.

ВОЗРАСТНАЯ ИНВОЛЮЦИЯ ТИМУСА ПО ДАННЫМ МРТ ПЕРЕДНЕГО СРЕДОСТЕНИЯ

Карандеева А.М., Кварацхелия А.Г.,
Насонова Н.А., Гундарова О.П., Соболева М.Ю.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Тимус – это центральный орган иммунной системы, который на протяжении онтогенеза пре-

терпеваает морфологическую трансформацию и значительное изменение в размерах, что приводит к формированию различий в анатомии переднего средостения у пациентов разных возрастных групп. Судить о реальных размерах вилочковой железы, используя рентгеновские снимки грудной клетки, затруднительно, поскольку ее медиальный контур сливается с изображением других образований средостения. В связи с этим, МРТ является максимально визуализирующей тимус диагностической процедурой.

Цель исследования. Изучение процесса инволюции вилочковой железы у лиц обоих полов в возрасте от 0 до 30 лет, используя МРТ-визуализацию переднего средостения.

Материалы и методы. Материалом исследования явились 144 МРТ-снимка переднего средостения лиц обоих полов в возрасте от 0 до 30 лет. Основным критерием включения в исследование явилось отсутствие патологии вилочковой железы, а также заболеваний, имеющих прямое влияние на состояние тимуса, МРТ-исследование пациентам проводилось в связи с патологией, не меняющей структуру переднего средостения.

Результаты и обсуждение. МРТ-снимки переднего средостения были разделены по группами согласно возрастной периодизации. 1 группа – период новорожденности – 8; 2 группа – грудной период – 12; 3 группа – период раннего детства – 14; 4 группа – первый период детства – 16; 5 группа – второй период детства – 24; 6 группа – подростковый возраст – 21; 7 группа – период юношества – 26; 8 группа – средний возраст – 23. В 100% случаев вилочковая железа была расположена в переднем средостении между уровнем левой *v. brachiocephalica* и основанием сердца. В ходе проведенного исследования выявлено, что в группах 1-4 тимус имеет промежуточную интенсивность сигнала, соответствующую интенсивности сигнала окружающих железу мышц или лимфатических узлов. В группах 5-8 интенсивность сигнала вилочковой железы была значительно выше вследствие наличия жировой инволюции, интенсивность сигнала увеличивалась от 5 группе к 8 с максимальной выраженностью у лиц среднего возраста, независимо от пола. Среди пациентов 7 и 8 групп у 6 исследуемых ткань тимуса трудно дифференцировалась от ткани жировой клетчатки переднего средостения. У 3 из 23 исследуемых 8 группы в проекции тимуса обнаружена полоса, отражающая 4 плевральных листка без наличия жировой или соединительной ткани между ними, что свидетельствует о полной физиологической атрофии органа.

Выводы. В ходе исследования, используя анализ МРТ-снимков переднего средостения, установлена возрастная инволюция тимуса в виде элементов или полной физиологической атрофии органа у

пациентов 7 и 8 групп, то есть у лиц юношеского и среднего возраста. Отчетливо визуализируется тимусный липоматоз, то есть происходит замена ткани тимуса жировой тканью. С возрастом масса и объем паренхимы органа уменьшается, соответственно снижается продукция Т-лимфоцитов, лимфокинов и нейропептидов.

КОМОРБИДНОСТЬ У МУЖЧИН С АНДРОИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Каратаева О.В., Панова Е.И., Морозова Е.П.
Приволжский исследовательский
медицинский университет,
г. Нижний Новгород

Цель и задачи. Оценить особенности коморбидности у мужчин трудоспособного возраста при наличии и отсутствии андроидного ожирения (ОЖ).

Материалы и методы. В исследование включено 119 мужчин-работников полиции в возрасте от 38 до 62 лет на этапе планового медицинского обследования. В зависимости от антропометрических параметров (рост, вес, индекс массы тела-ИМТ, окружность талии, бедер – ОТ, ОБ, индекса талия-бедро – ОТ/ОБ) все пациенты были разделены на 2 группы: 1 – лица с ожирением (ОЖ) андроидного типа, 71 чел. и больные без ОЖ; 2 группа, 48 чел. ИМТ в первой группе пациентов составил $36,3 \pm 5,5$ кг/м², во второй – $24,5 \pm 2,4$, $p < 0,0001$, возрастных различий в двух группах не наблюдалось – $45,4 \pm 7,2$ и $44,2 \pm 8,1$ лет соответственно, $p = 0,2$. Всем больным проводилось общеклиническое обследование с использованием стандартных лабораторно-инструментальных методик, проводился тщательный анализ медицинской документации.

Статистическая обработка выполнена с помощью пакета программ «Statistica 6.0» с использованием непараметрических методов.

Результаты и выводы. Пациенты 1-й (с ОЖ) группы характеризовались большей тяжестью хронической сердечно-сосудистой патологии, так, артериальная гипертензия (АГ) III ст. встречалась у этих пациентов с частотой 32,4%, у больных 2-й группы – 10,4%, $p = 0,07$, в то время как I ст. АГ выявлялась в сравниваемых группах с частотой 47,9% (без ОЖ) и 5,0%, $p = 0,0001$. В качестве коморбидной патологии у больных диагностировалась хроническая ишемическая болезнь сердца (ИБС), стабильная стенокардия I-II клинико-функциональных классов (КФК), частота которой также превалировала у лиц с ОЖ – 26,7% и 18,7% соответственно, $p < 0,0001$. Распространенность аритмического варианта ИБС (экстрасистолия, фибрилляция предсердий) статистически значимой

разницы в группах больных не продемонстрировала и составила 8,5% в 1 группе и 6,3% во 2-й, $p=0,6$. 29,5% больных 1-й группы имели хроническую сердечную недостаточность (ХСН) I-IIА стадии, во 2-й группе частота ее составила 16,7%, $p<0,0001$.

Помимо кардиоваскулярной, у обследованных пациентов выявлялась патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – хронический холецистит, панкреатит в группах соответственно у 46,4 и 31,5%, $p=0,002$, хронический гастрит, рефлюкс эзофагит – 10,4 и 5,6%, $p=0,2$, язвенная болезнь, дуоденит – 2,8 и 8,3%, $p=0,1$; частота неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) составила в группах 25,8 и 9,3%, $p=0,001$.

Таким образом, анализ показал, что наличие андроидного ожирения I-II степени у мужчин трудоспособного возраста ассоциируется с большей частотой коморбидной патологии, среди которой преобладающей является кардиоваскулярная – АГ, характеризующаяся большей тяжестью у лиц с ОЖ, хроническая ИБС, стенокардия I-II КФК, ХСН I-IIА ст., а также заболевания ЖКТ – НАЖБП, хронический холецистит, панкреатит.

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2017-2019 ГОДАХ

**Кароль Е.В., Попова Н.В., Дубровская Н.В.,
Хандрикова Я.Н., Матвеева В.А.**

Главное бюро медико-социальной экспертизы
по г. Санкт-Петербургу,
Санкт-Петербург

В течение нескольких десятилетий болезни системы кровообращения устойчиво занимают первое место в структуре заболеваемости, инвалидности и смертности и взрослого населения как в Российской Федерации, так и в Санкт-Петербурге.

Цель работы. Изучение динамики распространенности и структуры первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения в Санкт-Петербурге по данным Главного бюро медико-социальной экспертизы в 2017-2019 гг., исследование структуры инвалидности как в трудоспособном, так и в пенсионном возрасте по классам заболеваний и группам инвалидности.

Материалы и методы. Данные формы государственной статистической отчетности (формы 7-собес) о результатах первичного освидетельствования граждан старше 18 лет в бюро медико-социальной

экспертизы (МСЭ) Санкт-Петербурга (СПб). Методы исследования: ретроспективный анализ, сравнительно-сопоставительный синтез. Рассчитывались показатели уровня первичной инвалидности на 10000 населения и структуры инвалидности, в зависимости от возраста, группы инвалидности, классов болезней.

Результаты и обсуждение. В структуре первичной инвалидности (ПИ) взрослого населения Санкт-Петербурга по классам болезней болезни системы кровообращения (БСК) занимают первое ранговое место. При этом их удельный вес в динамике за 2017-2019 гг. снизился: с 40,2% до 37,8%.

Проведен анализ динамики интенсивных показателей (ИП) впервые признанных инвалидами (ВПИ) вследствие БСК среди взрослого населения Санкт-Петербурга за 2017-2019 гг. ИП ВПИ вследствие БСК за 3 года снизился с 19 до 16,2 на 10 тыс. взрослого населения. В структуре БСК: ИП инвалидности вследствие ИБС возрос с 6,4 до 7,1; вследствие ЦВБ снизился возрос с 6,4 до 7,1; вследствие гипертонической болезни возрос снизился с 0,9 до 0,6.

Проанализирована структура первичной инвалидности вследствие БСК по нозологическим формам. Инвалидность вследствие ИБС преобладает и составляла в динамике за 3 года 46,6-48,1-43,6%; доля инвалидности вследствие ЦВБ находится на втором месте, составляя в динамике 37,9-38,2-40,0%; инвалидность вследствие гипертонической болезни (ГБ) составляла, соответственно 4,6-6,1-3,4%.

ИП первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения в трудоспособном возрасте в 2017-2019 гг. составил 10,8-11,1-8,5 на 10 тыс. трудоспособного населения. По отдельным нозологическим формам ИП составил, соответственно: при ИБС: 5,2-6,0-4,0; при ЦВБ: 3,5-2,8-2,8; при ГБ: 0,8-1,1-0,5.

ИП первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения в пенсионном возрасте в течение 3 лет составил 36,5-35,7-31,9 на 10 тыс. населения. По отдельным нозологическим формам динамика ИП была следующей. При ИБС: 15,2-15,6-13,3; при ЦВБ: 16,6-14,9-14,0; при ГБ: 1,0-1,2-1,0.

Выводы. Первичная инвалидность вследствие болезней системы кровообращения на протяжении многих лет занимает ведущее место в структуре первичной инвалидности в Санкт-Петербурге. В 2017-2019 гг. отмечается снижение интенсивных показателей первичной инвалидности вследствие БСК как в целом среди взрослого населения, так и в трудоспособном и пенсионном возрасте. В структуре ИП ВПИ вследствие БСК ведущее место занимает первичная инвалидность вследствие ИБС и ЦВБ, при этом интенсивные показатели по этим нозологическим формам также имеют тенденцию к снижению в течение 3 лет.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ КАК ПОКАЗАТЕЛЯ ЗДОРОВЬЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА В 2019 ГОДУ

Кароль Е.В.¹, Белавина Е.А.^{1,2}, Царахова Н.М.¹,
Трухина Е.С.¹, Фиясь О.Е.¹

¹Главное бюро медико-социальной экспертизы
по г. Санкт-Петербургу,

²Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель работы. Изучение распространенности и структуры первичной инвалидности (ПИ) населения Санкт-Петербурга (СПб) по данным Главного бюро медико-социальной экспертизы в 2019 г., анализ структуры инвалидности по классам заболеваний и группам инвалидности.

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

Результаты и обсуждение. Инвалидность является одним из важнейших показателей здоровья населения и индикаторов качества и эффективности социально-гигиенических и лечебно-профилактических мероприятий.

Абсолютное число впервые признанных инвалидами (ВПИ) граждан в возрасте 18 лет и старше в СПб в 2019 г. составило 19110 человек со снижением на 5,7% в течение 3 лет. Интенсивный показатель (ИП) ПИ взрослого населения в 2019 г. составил 42,8 на 10 тысяч взрослого населения (по РФ уровень ПИ в 2018 г. – 54,8). В трудоспособном возрасте уровень ПИ составил 27,6 на 10 тысяч и снизился в динамике за 3 года на 13% (в РФ в 2018 г. – 35,2).

Среди граждан ВПИ женщины составили в 2019 г. 47%, мужчины – 53%. Анализ структуры ПИ по возрастным интервалам показал, что трудоспособный возраст составил 43,2%, в том числе: молодой возраст (женщины и мужчины от 18 до 44 лет) – 15,2%; средняя возрастная группа (женщины 45-54 лет, мужчины 50-59 лет) – 29,7%. Доля граждан пенсионного возраста составила 28,0%. В РФ в 2018 г. доля ВПИ в трудоспособном возрасте составляла 43,7%.

В структуре ВПИ взрослого населения в 2018 г. преобладают инвалиды III группы – 45,3%; инвалиды II группы составили 36,6%, I группы – 16,4%. ИП I группы инвалидности составил 7,8; II группы – 15,7; III группы – 19,3 на 10 тыс. взрослого населения.

Анализ структуры ПИ по классам болезней показал, что первое ранговое место занимают болезни системы кровообращения (БСК) – 37,8%, на втором месте злокачественные новообразования (ЗНО) – 35,3; заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани – 4,8%; болезни нервной системы – 4,4%; психические болезни составили 3,5%; травмы всех локализаций – 3,5%. Структура ПИ вследствие БСК по нозологическим формам следующая: вследствие ИБС – 43,6%; вследствие ЦВБ – 40,0%; вследствие ГБ – 3,4%; вследствие хронических ревматических болезней сердца – 3,4%; прочие БСК составляют 12,5%. Структура ПИ вследствие ЗНО в зависимости от локализации: рак молочной железы – 15,6%; колоректальный рак – 14,6%; рак легких – 7,6%; рак предстательной железы – 6,6%; рак желудка – 5,4%; рак шейки матки – 4,1%; рак поджелудочной железы – 2,5%.

Анализ ПИ по преимущественным основным видам стойких нарушений функций (СНФ) организма показал следующее: 38,5% составляют нарушения функций системы крови и иммунной системы; 22,8% – нарушения функций сердечно-сосудистой системы; 22,4% – нарушения нейромышечных, скелетных и статодинамических функций; 5,7% – нарушения психических функций; 3,0% – нарушения сенсорных функций; 2,0% – нарушения функций пищеварительной системы; 1,1% – нарушения функций эндокринной системы и метаболизма; 4,5% – другие нарушения функций. Нарушения, вызывающие необходимость использования кресла-коляски, составили 8,3%.

Выводы. Анализ показателей ПИ среди взрослых граждан СПб в 2019 г. выявил преобладание лиц мужского пола, пенсионного возраста. В структуре ПИ по классам болезней ведущее место занимают БСК и ЗНО; по СНФ организма – нарушения функций системы крови и иммунной системы, сердечно-сосудистой системы, нейромышечных, скелетных и статодинамических функций.

СТАРЕНИЕ ОРГАНИЗМА И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Карпин В.А.

Сургутский государственный университет,
г. Сургут

Старение – неизбежно и закономерно нарастающий во времени биологический процесс, проявляющийся ограничением приспособительных возможностей организма и увеличением вероятности смерти. Это результат не только угасания жизненных процессов, но и включения определенных активных механизмов, ведущих к нарушению жизнедеятельности организма.

Цель исследования. Изучить связь процессов старения с патогенетическими механизмами метаболического синдрома (МС).

Материалы и методы. Проведен детальный анализ научных публикаций отечественных и иностранных авторов, посвященных различным сторонам изучаемой проблемы.

Результаты и обсуждение. Данные эпидемиологических исследований показали, что частота встречаемости МС зависит от возраста: она увеличивается постепенно по мере старения организма, резко возрастая у лиц после 50 лет. Становится все более очевидным, что метаболические нарушения, лежащие в основе атеросклероза и сахарного диабета 2 типа (СД-2), можно рассматривать как предмет геронтологии.

Снижение чувствительности тканей к инсулину – инсулинорезистентность (ИР) – основной механизм нарушения углеводного обмена у людей с МС. У лиц пожилого и старческого возраста с помощью гипергликемического клэмп-теста отмечено снижение чувствительности периферических тканей к инсулину и соответственно снижение захвата глюкозы периферическими тканями. Этот дефект в основном выявляется у лиц старше 60 лет. Пожилой возраст привносит с собой множество дополнительных факторов, усугубляющих имеющуюся ИР.

В связи с высокой распространенностью МС у пожилых лиц интерес представляет общность механизмов физиологического старения и развития различных метаболических нарушений.

Возможно, пусковым механизмом включения феномена ИР в процессе старения организма является развитие дефицита половых гормонов, что также доказывает онтогенетический характер обсуждаемой проблемы.

Нам представляется не совсем корректным термин «полиморбидность» у пациентов старших возрастных групп, «накопление» болезней, обнаружение одновременно 3-4 заболеваний.

Атеросклероз, СД-2, кардио- и цереброваскулярные заболевания, проявляющиеся в старшей возрастной группе, являются предметом гериатрии. В геронтологии же исторически сложилась ситуация, когда метаболические процессы, лежащие в основе функционирования многоклеточного организма как системы, оказались вне сферы ее интересов. Исследования в геронтологии традиционно посвящены выявлению генов старения, клеточному старению и смерти, сбоям в центральной регулирующей системе (эпифиз, гипоталамус), окислительному стрессу, опухолевому росту и т.д., т.е. фактически отдельным компонентам функционирования организма как системы. Однако с позиции теории систем компоненты МС необходимо рассматривать как «комплекс взаимосвязанных элементов», т.е. у них должна быть

единая основа, системообразующий фактор, «параметр порядка», каковым является феномен ИР.

Выводы. 1. Данные эпидемиологических исследований показали, что частота встречаемости метаболического синдрома увеличивается по мере старения организма. 2. Становится все более очевидным, что метаболические нарушения, лежащие в основе атеросклероза и сахарного диабета 2 типа, можно рассматривать как предмет геронтологии.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ БРОНХООБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЭКОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ НЕФТЕГАЗОВОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ ЮГРЫ

Карпин В.А.

Сургутский государственный университет,
г. Сургут

Не только заболеваемость в целом, но и ее структура как среди пришлого, так и среди коренного населения в северных регионах Российской Федерации существенно отличается от таковой в средней полосе. Первое место в структуре заболеваемости на Севере как среди мужчин, так и среди женщин занимают болезни органов дыхания. Предпосылками для этого являются гиперфункция внешнего дыхания, длительное воздействие холода и структурные изменения респираторного тракта. Указанные факторы риска способствуют снижению функционального резерва дыхательной системы и определяют развитие заболеваний у северян в более молодом возрасте, их более неблагоприятное течение с более выраженной склонностью к хронизации патологического процесса.

Цель исследования. Изучение влияния техногенного загрязнения территории Ханты-Мансийского автономного округа-Югры на течение хронических бронхообструктивных заболеваний (хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), бронхиальная астма (БА)).

Материалы и методы. Нами проводился многолетний мониторинг течения ХОБЛ и БА среди трудоспособного населения г. Сургута, постоянно и длительно проживающего на данной территории. Всего под наблюдением находилось 1509 больных в возрасте 20-59 лет, из них с ХОБЛ – 841, с БА – 668.

Важнейшей особенностью нашего методологического подхода является комплексное изучение биопатогенного воздействия техногенного загрязнения окружающей среды параллельно в двух аспектах – временном (загрязнение атмосферного

воздуха) и пространственном – дифференцированный анализ негативного влияния техногенной нагрузки разнозагрязненных жилых зон.

Состояние городской атмосферы оценивали по уровню концентрации 5-ти наиболее значимых для региона химических загрязнителей (диоксид серы, диоксид азота, оксид углерода, фенол, формальдегид). При территориальном анализе состояния жилых зон изучали среднегодовые выбросы наиболее значимых вредных техногенных факторов, несколько отличающиеся от атмосферных – диоксид серы, диоксид азота, оксид углерода, пятиокись ванадия, бенз(а)пирен, сажа – дифференцированно по микрорайонам города. Тесноту и достоверность связи между частотой рецидивирования хронических бронхообструктивных заболеваний и динамикой вредных техногенных факторов изучали с помощью критерия ранговой корреляции Спирмена. Долю участия каждого экстремального фактора в развитии декомпенсации заболеваний определяли методом расчета коэффициента детерминации.

Результаты. 1. Выявлена определенная зависимость среднемесячных колебаний повышенной концентрации фенола в атмосферном воздухе с частотой рецидивирования обсуждаемых хронических бронхообструктивных заболеваний. 2. Обнаружена достоверная связь территориального техногенного загрязнения и заболеваемости по микрорайонам города. 3. Разработаны так называемые комплексные «формулы суммации» связи всех изучаемых параметров.

Выводы. 1) В зонах северных урбанизированных территорий необходимо разрабатывать не только гигиенические, но и экологические нормативы состояния окружающей среды. 2) Назрела насущная необходимость организации на территории северных промышленных регионов специализированных научно-методических Экологических центров.

ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРОВ МЕЛАТОНИНА ЭПИТЕЛИОЦИТАМИ ПИЩЕВОДА ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Карпович О.А.

Гродненский государственный
медицинский университет,
г. Гродно, Республика Беларусь

Цель исследования. Целью исследования явилось изучение особенностей экспрессии рецеп-

торов мелатонина второго типа (MTNR1B) эпителиоцитами пищевода при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в сочетании с синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС).

Материалы и методы. Обследованы 66 пациентов в возрасте от 30 до 60 лет с диагнозом ГЭРБ и/или СОАС. Средний возраст обследуемых составил $48,1 \pm 9,8$ лет. Мужчин 46 (69,7%), женщин 20 (30,3%). В группу сравнения вошли 18 человек без ГЭРБ и СОАС, сопоставимых с основными группами по возрасту и половому составу. Всем пациентам была проведена эзофагогастродуоденоскопия. С целью выявления СОАС проводилось респираторное мониторирование с помощью системы SOMNOchek micro.

Сформированы исследуемые группы: группа 1 (n=25) – пациенты с ГЭРБ, группа 2 (n=23) – пациенты с ГЭРБ в сочетании с СОАС (ГЭРБ-СОАС), группа 3 (n=18) – пациенты с СОАС, группа 4 (n=18) – пациенты без ГЭРБ и СОАС.

Материал для гистологического исследования прицельно забирали из участков максимальной выраженности структурных изменений слизистой оболочки дистального отдела пищевода. Иммуногистохимическое исследование проводилось на серийных парафиновых срезах с использованием Melatonin receptor 1B antibody в разведении 1:100 (Novus Biologicals, USA). Количественная оценка экспрессии рецепторов мелатонина проводилась при помощи компьютерной программы Argeo ImageScope_v9.1.19.1567.

Статистический анализ материала проводился с использованием пакета программ Statistica 10.0. Использовались методы непараметрической статистики. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. В структуре ГЭРБ преобладали пациенты с катаральным рефлюкс-эзофагитом (37 (77,1%; 95% ДИ: 63,3-86,9%) человек). При сравнении групп с использованием критерия Краскела-Уоллиса выявлены статистически значимые различия экспрессии MTNR1B ($H=25,12$; $p=0,0000$). Установлены достоверные различия между группами 1 и 4 (0,122 [0,064; 0,266] vs 0,437 [0,202; 0,692]; $p=0,035$), 1 и 2 (0,122 [0,064; 0,266] vs 0,620 [0,332; 0,983]; $p=0,00001$) и 2 и 3 (0,620 [0,332; 0,983] vs 0,232 [0,120; 0,418]; $p=0,00001$); $p=0,0098$). Значимых различий в экспрессии MTNR1B между группами 2 и 4, 3 и 4 не выявлено ($p > 0,05$).

Для изучения влияния апноэ сна на экспрессию MTNR1B, из общей когорты обследуемых были выделены пациенты с СОАС (41 человек). В зависимости от степени тяжести апноэ сна пациенты были разделены на две группы: группа I (n=25) – пациенты с апноэ легкой степени и группа II (n=16) – паци-

енты с апноэ средней и тяжелой степени (учитывая малое количество пациентов с апноэ тяжелой степени, они были включены в группу II). Результаты анализа показали достоверное увеличение экспрессии MTNR1B с нарастанием тяжести СОАС: 0,295 [0,198; 0,403] в группе I против 0,941 [0,345; 0,992] в группе II ($p=0,0021$). Корреляционный анализ выявил прямую статистически значимую связь уровня экспрессии MTNR1B со степенью тяжести СОАС ($r=0,50$; $p=0,0016$).

Выводы. Полученные нами данные показали, что при ассоциации ГЭРБ и СОАС отмечается повышение экспрессии его рецепторов эпителиоцитами пищевода. Наличие признаков рефлюкс-эзофагита на фоне высокой экспрессии рецепторов мелатонина, оказывающего эзофагопротекторное действие, позволяет предположить, что при ГЭРБ в сочетании с СОАС происходит снижение чувствительности MTNR1B.

ПОДБОР ОПРОСНИКА ДЛЯ НАИБОЛЕЕ ТОЧНОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭССЕЦИАЛЬНОЙ ТРОМБОЦИТЕМИЕЙ

Карташев В.А., Поляков А.С., Бондарчук С.В.
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить возможности различных средств оценки качества жизни для контроля симптомов и оценки эффективности специфической терапии у пациентов с эссенциальной тромбоцитемией.

Материалы и методы. Отобрано 12 пациентов с ЭТ, проходивших обследование и лечение в гематологическом отделении клиники факультетской терапии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова. Относительно симптомов, рассматривались разные опросники качества жизни, которые отражают динамику болезни на разных ее стадиях. Пациентам, проходившим лечение в Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова на кафедре факультетской терапии на отделении гематологии, раздавались 8 комплектов по 4 опросника. Предварительно каждому пациенту было разъяснены цели и задачи исследования, порядок участия, получено добровольное информированное согласие. Пациенты заполняли на протяжении 12 недель заполнить каждый опросник 4 раза с интервалом в одну неделю, далее 4 раза с интервалом в 2 недели. Это позволило оценивать состояние КЖ в динамике.

Были использованы следующие опросники: MPN 10, EORTC QLQ-C30, EQ-5D (EuroQoL группа), SF-36.

Результаты. Выбор средств оценки качества жизни был обоснован анализом информации о вариантах течения ЭТ, встречаемости различных субъективных симптомов, характеристиками прогрессирования и исходов данного заболевания. При нахождении заболевания в хронической фазе ЭТ пациент или вовсе не предъявляет жалоб, или интенсивность субъективных симптомов незначительна. Опросники MPN 10, EORTC QLQ-C30 рассчитаны на специфические симптомы, которые попросту у многих пациентов не выявляются. Поэтому стоит рассмотреть необходимость применения более общего опросника, который используется для оценки, как и больных, различными нозологическими формами, так и здоровой популяции. Таким опросником является SF-36.

При анализе данных, из выполненных опросников, подтверждается что SF-36 является наиболее точным, обширным и диагностически верным по сравнению с другими опросниками.

Из результатов исследования следует, что опросник SF-36 реагирует на более малые изменения в организме при ЭТ и является наиболее подходящим при таком типе заболевания. Но стоит отметить, что вариантом большой процент пациентов не имеет никаких значимых и проявляющихся симптомов, которые влияют на КЖ. При оценке симптомов хронической стадии ЭТ, только у 10% проявляются патогномичные симптомы, которые вынуждают больных обратиться за помощью. Но при лечении большинства пациентов циторедуктивной терапией симптомы проходят и поэтому для лучшего контроля, как состояния пациента, так и динамики заболевания целесообразно давать пациентам опросник SF-36.

Выводы. Таким образом, применение опросников оценки качества жизни способствует более адекватной оценке течения заболевания и выбору наиболее подходящей для каждого пациента индивидуальной стратегии терапии.

В то же время, использование стандартных опросников качества жизни, предназначенных для онкологических, либо больных с другой выраженной патологией, может приводить к недооценке состояния пациентов с эссенциальной тромбоцитемией. При невыраженной субъективной составляющей жалоб пациента, а также его невозможности связать присутствующие жалобы с заболеванием вышеуказанные опросники могут быть неэффективны. Необходимо опросник, позволяющий оценить качество жизни, как здоровых людей, так и больных. Опросник SF-36 отражает общее благополучие и степень

удовлетворенности теми сторонами жизнедеятельности человека, на которые влияют состояние здоровья. Таким образом, данный опросник позволяет наиболее точно объективизировать связь жалоб пациента с имеющимся заболеванием.

1. Анализ показал, что в отличие от других с Rh-негативных МПН, при ЭТ конституциональные симптомы не являются одним из важных специфических факторов, оказывающих отрицательное влияние на качество жизни пациентов.

2. Применение болезнь-специфичного для пациентов с МПН опросника МПН-10 не показало значимого влияния на симптомы качества жизни у пациентов с ЭТ.

3. Наиболее эффективным для контроля динамики субъективных проявлений при ЭТ оказались результаты применения болезнь-неспецифичных опросников: EORTC QLQ-C30 и SF-36.

4. Таким образом, в настоящее время для оценки конституциональных симптомов у пациентов с МПН-10 мы рекомендуем применение болезнь-неспецифичных инструментов, таких как EORTC QLQ-C30, а для более широких задач – оценки изменений физического и эмоционального функционирования – универсального опросника SF-36.

5. Своевременное выявление неблагоприятной динамики симптомов при ЭТ при помощи средств оценки качества жизни может способствовать совершенствованию индивидуализированных подходов к планированию и выбору специфической терапии.

КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА И ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ОТ РАЗРАБОТОК СЕРГЕЯ ПЕТРОВИЧА БОТКИНА ДО НАШИХ ДНЕЙ

Катюхин В.Н.¹, Марченко В.Н.², Катюхин Л.Н.³

¹Медицинский центр Евромедика,

²Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет
имени академика И.П. Павлова,

³Институт эволюционной физиологии и биохимии
имени И.М. Сеченова,
Санкт-Петербург

После участия в Крымской (1855) и русско-турецкой войнах в составе отряда Пирогова Сергей Петрович Боткин понял, что не создан быть хирургом. Врожденная близорукость не позволяла молодому врачу достаточно четко дифференцировать ткани в кровотокающей ране. Решение стать хорошим интер-

нистом пришло внезапно, поскольку авторитет его как врача был высок. На пять лет он уехал в Европу, проходил практику и готовил диссертацию в лучших клиниках Германии, Австрии, Франции и Англии. Медицина в эти годы переживала острый кризис, что было связано с заменой старых представлений о патологии. Во-первых, с полной очевидностью обнаружилась несостоятельность гуморальной теории, которая безраздельно властвовала как в западноевропейской, так и в русской медицине с начала и до середины XIX столетия. Во-вторых, возникла потребность в новой теории медицины, которая обобщила бы факты морфологических сдвигов, исподволь накопившиеся в рамках старой гуморальной теории и вступившие с ней в противоречие. Лишь 10 августа 1860 года Боткин вернулся в столицу России и 17 сентября 1860 года защитил докторскую диссертацию на тему «О всасывании жира в кишках». Через год (в 28 лет) был избран профессором кафедры академической терапевтической клиники. Впервые в России за 1860-1861 годы он создал при своей клинике экспериментальную лабораторию, где производил физические и химические анализы и исследовал физиологическое и фармакологическое действие лекарственных веществ. В клинике и на животных С. П. Боткин изучал вопросы физиологии и патологии организма, искусственно воспроизводил аневризму аорты, нефрит, трофические расстройства кожи с целью раскрыть их закономерности. Совместно с сотрудниками клиники он экспериментально открыл центр потоотделения, центр рефлекторных воздействий на селезенку и высказал предположение о существовании центра лимфообращения и кроветворения. В своем учебнике «Курс клиники внутренних болезней» (СПб, 1866 г.) Сергей Петрович, используя лабораторные исследования, уточнил виды анемий, постарался объединить морфологию эритроцитов, кровотоков, свертываемость и депонирование крови, а также их взаимосвязи в человеческом организме. Анализируя вклад лабораторных методов в клиническую практику, профессор Боткин писал «... прежде, лет 15 или 12 тому назад, никто и не думал существенно останавливаться при диагнозе хлороза на прямом доказательстве того или другого количества красных кровяных шариков, ибо и самые способы-то их счисления были далеко не удовлетворительны».

За 150 лет развития клиническая лабораторная диагностика проникла во все разделы медицинской науки на визуальном, электронном и молекулярном уровнях. В настоящее время основной задачей этого вида диагностики является выявление или подтверждение наличия патологии, которую невозможно однозначно подтвердить или опровергнуть органолептическими методами. Раз-

витие идей Сергея Петровича можно проиллюстрировать методиками, позволяющими анализировать реологические свойства крови и роль эритроцитов в этом процессе.

Помимо эндотелиальных взаимоотношений сосудистой стенки с протекающей кровью успешность ее обращения в организме существенно зависит и от реологических свойств, а именно: агрегационных способностей эритроцитов и их деформационных свойств. Для изучения динамических особенностей способности эритроцитов к агрегации наиболее адекватным и современным считается пьезодинамический метод измерения обратимой агрегации в микрокувете, то есть, в условиях, максимально приближенных к микроциркуляторным. С его помощью вычисляют время минимальной прочности агрегатов эритроцитов (U_0), полной дезагрегации эритроцитов, или максимальной прочности агрегатов (U_q), скорость спонтанной агрегации $1/T_{ар}$ и интегральный индекс агрегации $I_{ар} = U_q/T_{ар}$, где $T_{ар}$ – полупериод агрегации, или время, в течение которого амплитуда фотометрического сигнала снижается вдвое от максимального. Для характеристики деформируемости эритроцитов используют метод градиентно-осмотической эктацитометрии – золотой эталон в арсенале диагностических инструментов для изучения функциональных свойств эритроцитов. Обычно при исследовании нативных эритроцитов у здоровых пациентов осмограммы представляют собой гладкие профили с отчетливой точкой инверсии в зоне максимальной сферуляции эритроцита во время осмотической нагрузки. При патологии дифракционная картина изменяется за счет гетерогенности эритроцитов присутствием популяции особо жестких форм, либо с измененным гемоглобином, как в случае серповидно-клеточной анемии. В классических установках предложено оценивать эту гетерогенность сложным обчислением дифракционной картины варьированием апертурной диафрагмой лазерного пучка. Но измерения проводят при высоких напряжениях сдвига (10-30) Н/м², когда усилие деформирования настолько велико, что основную роль играет вязкость внутреннего содержимого эритроцита или степень дегидратации гемоглобина. Оценка возможной роли вязкости жидкой мембраны при этом шунтируется вязкостными характеристиками гемоглобина. Мы внедрили в лабораторию метод мягкого воздействия на эритроциты в потоке при напряжениях сдвига порядка 1 Н/м², когда сдвигается только мембрана, а усилия для деформации внутреннего содержимого недостаточны. В отечественной литературе публикации с использованием метода градиентной эктацитометрии отсутствуют.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЫРАЖЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Кацура К.С., Дробышева Е.С., Перцев А.В.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Цель исследования. На основании ретроспективного анализа историй болезни пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) оценить влияние сопутствующего сахарного диабета 2 типа (СД 2) на прогрессирование и выраженность проявлений хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материалы и методы. В качестве исходных материалов для исследования было взято 700 историй болезни пациентов терапевтического и кардиологического отделений БУЗ ВО ГКБ СМП №1 с диагнозом ИБС (острый инфаркт миокарда прогрессирующая стенокардия, фибрилляция предсердий) и ХСН: 320 мужчин (45,7%) и 380 женщин (54,3%). Средний возраст пациентов – 65,3±4,2 лет. Больные были разделены на две группы. Критериями распределения стали следующие показатели: гликемия натощак в плазме венозной крови выше 7,0 ммоль/л, постпрандиальная гликемия более 11 ммоль/л, уровень гликированного гемоглобина выше 6,5%. В соответствии с выбранными критериями в первую группу было включено 212 человек с ИБС и ХСН в сочетании с СД 2 типа, во вторую (контрольную) – 488 человек с ИБС и ХСН без сопутствующих отклонений метаболизма углеводов. Для детального исследования использовались данные анамнеза, клинической картины ХСН, клинического и биохимического анализа крови, рентгенологического исследования органов грудной клетки, данные теста с 6 минутной ходьбой. Эхокардиография на аппарате «Siemens AG» (Германия) позволила провести полноценную оценку морфофункционального состояния сердечной мышцы. Путем ЭхоКГ установили конечный систолический (КСО, мл) и диастолический (КДО, мл) объемы ЛЖ с расчетом фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ). Уровень ФВ ЛЖ >50% использовался в качестве критерия высокой вероятности достаточной систолической функции. Статистический анализ полученных данных выполнен с помощью программы SPSS 10,0.

Результаты и обсуждение. В результате анализа полученных в ходе исследования данных

установлено, что наиболее частой причиной госпитализации обследуемых 1 группы являлась прогрессирующая клиническая картина ХСН, проявляющаяся застоем по обоим кругам кровообращения, вито время как у госпитализированных пациентов контрольной группы доминировали признаки нарастающей ИБС (боли за грудиной, субъективные ощущения сердцебиения, перебои в работе сердца) ($p=0,003$). Оценка тяжести ХСН (классификация Василенко-Стражеско) показала статистически значимые результаты: стадия Па наблюдалась у 62 человек из 1 группы (29,2%) и у 405 человек из второй группы (83%); стадия Пб встречалась у 150 человек из 1 группы (70,8%) и у 83 человек из 2 группы (17%) ($p=0,002$). У пациентов контрольной группы на фоне СД установлено снижение ФВ ЛЖ $47,1\pm 5,3\%$ против $56,2\pm 7,1\%$ ($p=0,002$) в первой группе. Кроме того для 1 группы характерно отсутствие компенсации углеводного обмена – гликемия равна $8,2\pm 1,6$ ммоль/л, чего нельзя отметить в контрольной группе, где гликемия составила $5,4\pm 0,7$ ммоль/л ($p=0,001$). Корреляционный анализ взаимосвязи уровня глюкоза и ФВ ЛЖ в 1 группе пациентов установил достоверную корреляционную связь ($r=-0,6$). Тест с 6-минутной ходьбой позволил выявить, что у пациентов 1 группы одышка появилась на дистанции менее 200м, что соответствует ФК III, а у пациентов 2 группы – на дистанции менее 400 м, что относится к ФК I-II ($p=0,03$).

Вывод. Сопутствующий СД 2 типа ухудшает течение ХСН у больных с ИБС, ускоряя и усиливая ее возможные проявления.

ИЗМЕНЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Кдырбаева Ф.Р.

Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Определить изменения гемоглобина у пожилых людей с гипертонической болезнью.

Материалы и методы. Было обследовано 50 пациентов, в возрасте от 54 до 74 лет (мужчины 19% женщин 81%). У всех пациентов диагноз заболевания был подтвержден клинический. Всем обследованным была проведена консультация со сбором анамнеза, опросом и лабораторным обследованием.

Результаты и обсуждения. У всех обследованных пациентов было выявлено повышение артериального давления (ГБ) в течение от 2 до 28 лет,

появление жалоб на головную боль, головокружение и шум в ушах. У 95% обследованных выявлены нарушения работы желудочно-кишечного тракта в течении нескольких лет. У всех пациентов на ультразвуковом обследовании установлены признаки хронического холецистита, повышенной эхогенности печени, мочекишечного диатеза. Результаты проведенного исследования гемоглобина у пожилых людей с ГБ показало, что среднее содержание гемоглобина было в пределах нормы в общей группе и составило 120 г/л. Наибольшая величина была 130 г/л, наименьшая 82 г/л. Снижение гемоглобина было отмечено у 54% обследованных пациентов. У мужчин и женщин снижение гемоглобина отмечалось одинаково.

Выводы. Таким образом, проведенное наблюдение показало, что у пожилых пациентов с ГБ, снижение гемоглобина было отмечено у 54% обследованных пациентов. Проведенные исследования показали необходимость персонального подхода коррекции выявленных изменений у пожилых пациентов с ГБ, с учетом основного и всех сопутствующих заболеваний, и изменений лабораторных показателей.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ

Кдырбаева Ф.Р.

Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучить распространенность заболеваемости щитовидной железой среди населения по обращаемости в врачу эндокринологу.

Материалы и методы. Исследования проводились в семейной поликлинике, совместно с врачом эндокринологом. Проводился общий осмотр, пальпация щитовидной железы, диагнозы были подтверждены клинико-лабораторно-инструментальными методами.

Результаты и обсуждения. За период с апреля месяца 2019 года по март месяц 2020 года с заболеваниями щитовидной железой было осмотрено 504 пациентов в возрасте от 14 до 80 лет, из них 471 женщин и 29 мужчин. Во время осмотра были диагностированы диффузный зоб I степени с эутиреоидным состоянием щитовидной железы у 229 женщин (46%) и из них у 45 беременных женщин. В связи с дефицитом йода функциональные изменения щитовидной железы выявлялись почти у каждой второй беременной женщины. Среди мужчин у 24 пациен-

тов был диагностирован диффузный зоб I степени и у 5 пациентов многоузловой зоб. Диффузный зоб II степени был диагностирован у 32 женщин, диагноз диффузный токсический зоб у 3 женщин. Субклинический гипотиреоз диагностирован у 99 пациентов (20%). Манифестный гипотиреоз был диагностирован у 39 пациентов (9%). Узловой зоб был выявлен у 18 пациентов и 1 пациентка обратилась после удаленной щитовидной железы. Аутоиммунный тиреоидит диагностирован у 5 пациентов, гипертиреоз у 5 пациентов. Всем пациентам назначено было соответствующее лечение.

Выводы. Таким образом, на основании проведенных обследований населения видно многообразие поражения щитовидной железы. Изменения функционального состояния щитовидной железы представлены снижением ее функции. Поэтому патология щитовидной железы требует пристального внимания со сторон врачей в вопросе диагностики, профилактики и лечения.

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Кдырбаева Ф.Р.

Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Ташкент, Республика Узбекистан

По данным ВОЗ, ежегодно в мире погибает около 57 млн. человек, из которых около 36 млн. (63%) случаев смерти приходятся на неинфекционные заболевания. Примерно 14 миллионов человек не доживают до семидесятилетнего возраста, т.е. погибают преждевременно. Вместе с тем, по прогнозам ВОЗ, показатель смертности в мире от НИЗ будет неуклонно расти и составит почти 75% к 2030 году, если не предпринимать эффективные меры.

Цель исследования. Изучить распространенность некоторых факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди населения.

Материалы и методы. В рамках открытого проспективного исследования были обследованы 106 человек в возрасте 25-64 лет, из них мужчин – 27,3%, женщин – 72,7%. Средний возраст – $49,62 \pm 10,14$. Все лица были отобраны методом случайной выборки. Было проведено анкетирование по стандартизованному вопроснику. Оценены факторы риска: измерение артериального давления (АД), окружности талии (ОТ) и индекса массы тела (ИТМ), определен

уровень общего холестерина (ОХС) и глюкозы крови натощак из капиллярной крови. Диагноз артериальной гипертензии (АГ) устанавливался, если систолическое АД (САД) при измерении было более или равно 140 мм рт. ст. или диастолическое (ДАД) – более или равно 90 мм рт. ст. Абдоминальное ожирение (АО) считалось ОТ выше 94 см у мужчин и свыше 80 см у женщин. Ожирение рассматривалось при величине ИМТ более или равно 30 кг/м². Гиперхолестеринемия – при значениях ОХС выше 5,0 ммоль/л, гипергликемия – при уровне сахара крови выше или равно 6,1 ммоль/л.

Результаты и обсуждения. Установлено, что распространенность артериальной гипертензии (АГ) в выборке составила 55%, гипотензивную терапию принимают 40%. Изолированное повышение АД наблюдалось у 10,8%, изолированное повышение ДАД – у 9,6%, систолическое и диастолическое – у 34,6%, среди мужчин – 60,5%, среди женщин – 52,9%. В зависимости от возраста, уровень АД был следующим: 25-34 года – 33%, 35-44 – 36%, 45-54 – 57,1%, 55-64 года – 67,9%. Распространенность АО среди мужчин – 40%, женщин – 60%; ИМТ повышен среди мужчин – 29,6%, среди женщин – 53,9%. Гиперхолестеринемия среди мужчин – 61,9%, женщин – 74%. Гипергликемия среди мужчин – 11,2%, женщин – 19,6%.

Выводы. Таким образом, среди городского населения поликлиники в возрасте 25-64 лет выявлена распространенность АГ 55%, из них гипотензивную терапию принимают 40%. Высокая распространенность гиперхолестеринемии, абдоминального ожирения (среди женщин – 60%), подтверждает необходимость регулярного проведения профилактических осмотров и диспансеризации населения.

ПРИЗНАК ФРАНКА КАК ВИДИМЫЙ ФАКТОР СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Киселева Н.А.¹, Грунина Е.А.²

Приволжский исследовательский
медицинский университет,
г. Нижний Новгород

Поиск и использование ранних маркеров риска сердечно-сосудистой патологии, особенно таких, которые можно обнаружить при физикальном обследовании пациента, является одной из важных задач в кардиологии. Одним из таких маркеров

является признак Франка. Диагональная складка мочки уха (ДСМУ) это морщина кожи в виде линии, проходящей по диагонали от козелка к заднему краю ушной раковины.

Цель. Сравнить больных ревматологического профиля, больных, не имеющих ревматологических заболеваний, и лиц группы контроля по наличию и выраженности ДМСУ.

Методика исследования. Исследовали 3 группы лиц. Группа №1 – 39 больных воспалительными ревматологическими заболеваниями, проходивших лечение в ревматологическом отделении больницы №5. Группа №2 – 39 больных, не имевшие воспалительных ревматологических заболеваний, проходивших лечение в других отделениях больницы, группа №3 – 30 человек – практически здоровые молодые люди. Производили фотосъемку обеих мочек ушей с последующей визуальной оценкой глубины ДМСУ складки по трехбалльной шкале и ее длины. Для оценки результатов использовали методы непараметрической статистики.

Результаты. Средний возраст в первой группе составил 61,9 лет (стандартное отклонение (СО) 12,0), во 2-й – 55,0 и СО 11,7, в 3-й – 20,2 и СО 0,6. Пациенты первой и второй групп были сопоставимы по возрасту и были старше лиц группы контроля. По половому составу все группы достоверно не различались.

Глубина ДМСУ в среднем составила в первой группе 1,62 балла, СО 0,54, во второй группе 0,73, СО 0,58, а в третьей группе 0,03, СО 0,16. В группе контроля только один человек имел глубину складки 1 балл, у остальных она была не выражена (0 баллов). Все группы достоверно различались по глубине ДМСУ: самой глубокой у больных с воспалительными ревматологическими заболеваниями группа №1, менее глубокой – в группе №2. Достоверная корреляция глубины ДМСУ и возраста, коэффициент ранговой корреляции Спирмена 0,78, $p < 0,05$.

Длина ДМСУ в среднем составила в группе №1 – 11 мм, СО 6,77, в группе №2 – 3 мм, СО 6. В группе контроля только один человек имел длину складки 1 мм, у остальных она была не выражена. Все группы достоверно различались по длине ДМСУ, максимальная длина ДМСУ у группы пациентов ревматологического профиля. Коэффициент ранговой корреляции Спирмена 0,66, $p < 0,05$. Пол пациентов и лиц группы контроля не давал достоверной корреляции с глубиной и длиной ДМСУ.

Выводы. Обнаружение признака Франка можно использовать для выявления групп и отдельных пациентов, особо подверженных риску сердечно-сосудистой патологии для последующего углубленного обследования и своевременного лечения.

ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЭМБРИО-И ФЕТОПАТИЙ У ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

Клименко А.О., Кислюк Г.И., Кониченко Е.А.
Курский государственный медицинский университет,
г. Курск

Общеизвестна отрицательная роль сахарного диабета (СД) у беременной женщины в развитии патологии плода и новорожденного. При реализации заболевания до 12 недели гестации, у плода развивается диабетическая эмбриофетопатия с врожденными пороками развития, тяжелой задержкой внутриутробного развития. Если СД возникает во II-III триместрах беременности у плода формируется клиничко-лабораторный симптомокомплекс диабетической фетопатии с нарушением обмена глюкозы и электролитов и проч. При СД I типа у матери в 1,5-2 раза чаще обнаруживается неблагоприятное течение внутриутробного и неонатального периодов, проявления диабетической фетопатии (ДФ) чаще, эмбриофетопатии с врожденными аномалиями регистрируются у 75-82%, в то время как при гестационном сахарном диабете (ГСД) – только у 25% детей.

Цель исследования. Изучить особенности клинической картины диабетической фетопатии у новорожденных в зависимости от вида сахарного диабета у их матерей.

Материалы и методы. Проведен анализ клинико-анамнестических показателей, данных лабораторных и инструментальных исследований 108 новорожденных, рожденных матерями, страдающими СД: 1 группа – дети от матерей с СД I типа ($n=50$), 2 группа – дети от матерей с ГСД ($n=58$)

Результаты исследования. Определено, что в обеих группах детей чаще регистрировались мальчики – 52% и 53% соответственно. Преждевременные роды чаще регистрировались в 1 группе у 35 (71%) против 34 (60%) у матерей с ГСД. У матерей с СД I чаще (20; 41%) рождались глубоконедоношенные дети со сроком гестации 28-34 недель, во 2 группе же чаще 53 (74,5%) ($p < 0,05$) регистрировались зрелые недоношенные (35-36 нед) – 20; 34,5%) и доношенные дети (23; 39,7%).

Для оценки степени тяжести состояния детей на момент рождения использовалась шкала Апгар. Асфиксия в родах выявлена у 47 (94,0%) детей 1 группы и у 47 (81,0%) детей от матерей с ГСД. При этом в группе детей от матерей с СД I в 2 раза чаще регистрировалась тяжелая интранатальная асфиксия. Для оценки степени тяжести РДС были использованы шкалы Сильверман (у недоношенных) и шкала Даунса (у доношенных) детей.

Как результат перинатальной и постнатальной гипоксии, у всех детей 1 группы и у 98% младенцев 2 группы была зарегистрирована церебральная ишемия (ЦИ), которая чаще (73,0% и 79,1% соответственно) имела среднюю степень тяжести. Однако у детей от матерей с СД1 типа в 1,8 раз чаще регистрировалось тяжелое течение ЦИ (3; 6,0% и 2; 3,4% соответственно).

Для оценки физического развития нами был использован метод Фентона. Нормальное физическое развитие имели 34% детей из 1 группы и 50% – из 2; гипертрофический вариант диабетической фетопатии имели 60% детей 1 группы и 45% 2 группы, тяжелое течение ДФ с гипотрофическим вариантом выявлено у 6% и 5% детей соответственно.

Выводы. Таким образом, не было выявлено достоверных различий по частоте и тяжести диабетической эмбриофетопатии у детей от матерей с СД1 типа и ГСД (одинаковая частота и структура врожденных пороков, частота задержки внутриутробного развития плода). Однако, определено, что диабетическая фетопатия чаще встречалась и тяжелее протекала у детей от матерей с сахарным диабетом 1 типа. У детей из этой группы чаще регистрировалось тяжелое течение гипоксически-ишемическое и травматическое поражение центральной нервной системы. Достоверно чаще, у 60% детей от матерей с СД 1 типа была определена истинная гиперсомия с превышением всех показателей физического развития (вес, роста, окружностей, весо-ростового коэффициента) выше 75 перцентиля.

ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ И КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ

Ключарева С.В.¹, Белова Е.А.¹, Нечаева О.С.¹, Гусева С.Н.¹, Ковальчук М.С.¹, Курганская И.Г.²

¹Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,

²Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

В настоящее время активно развивается такое медицинское направление как косметология, в том числе аппаратная. Но зачастую такие процедуры заканчиваются нарушением структуры кожи и как следствие рубцами – гипертрофическими или келоидными. В течение XX-го века было сделано множество попыток найти способ эффективной коррекции рубцов. Среди них определенное место занимала общая терапия – инъекции алоэ или стекловидного тела; оксигенотерапия; лечение пирогеналом, мацестинскими сероводородными водами,

однако наиболее многочисленными и эффективными стали методы местного воздействия на рубцы. К ним относятся: применение гидрокортизона и его аналогов в виде мазей или инъекций; криотерапия жидким азотом; лазеротерапия; применение силиконовых пластин. Доказано, что келоидные и гипертрофические рубцы отличаются от здоровой кожи богатой сосудистой сетью, высокой плотностью мезенхимальных клеток и утолщенным эпидермальным слоем.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения гипертрофических или келоидных рубцов кожи.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 23 пациента с гипертрофическими и келоидными рубцами кожи с преимущественным расположением в области грудины, наружной поверхности плеча и заушной области. Топография, размеры рубцов не носили принципиального характера, поэтому не подвергались клинической классификации. Возраст пациентов составлял от 20 до 44 лет.

В данном исследовании лечение рубцов кремом Кераворт (имиквимод 5%) – начиналось через 8 недель после формирования рубца и продолжалось два раза в неделю в течение 8 недель. После чего назначалось в течение 3 месяцев косметическое масло «Bio-Oil» – его формула содержит ингредиент PureCellin Oil, витамины А и Е, натуральные масла календулы, лаванды, розмарина и ромашки. Кераворт (имиквимод 5%) – крем, локальный иммуномодулятор, рекомендуется для лечения остроконечных бородавок, базальноклеточных карцином и солнечного кератоза. Имиквимод усиливает действие интерферона, противовоспалительного цитокина, который усиливает распад коллагена. Плюс, имиквимод изменяет выражение генов, отвечающих за апоптоз, что дополнительно способствует уменьшению плотности тканей. Известно, что в процессе острого заживления ран принимают участие несколько профибротических цитокинов, таких как трансформирующий фактор роста b, тромбоцитарный фактор роста, ИЛ-1 и инсулиноподобный фактор роста тип 1. Некоторые интерфероны действуют как антифиброзные цитокины, уменьшая чрезмерное образование коллагена и гликозаминогликанов через фибробласты, а также участвуют в формировании грануляционной ткани. Теоретически, имиквимод является идеальным вариантом для изменения образования избыточной рубцовой ткани, а механизм его действия заключается в стимулировании генерации клеточного иммунного ответа антифиброзными цитокинами, что увеличивает разрушение коллагена.

Результаты. Косметическая оценка проводилась через 2, 6 месяцев после начала терапии. Все участники исследования сообщали об удовлетворительных результатах применения крема Кераворт 5% через 2 месяца, показатели: высота рубца над поверхностью кожи, площадь рубца, консистенция, цвет – изменились, состояние рубцов было оценено как нормотрофии. Через 6 месяцев на фоне применения масла «Bio-Oil» рецидива не отмечено.

Выводы. Использование крема Кераворт 5% – для лечения послеоперационных рубцов показало положительные результаты, а применение масла «Bio-Oil» привело к минимизации рецидива келоидных рубцов.

ЛЕЧЕНИЕ КСАНТЕЛАЗМЫ ИМПУЛЬСНЫМ ЛАЗЕРОМ НА ПАРАХ МЕДИ: КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ 24 СЛУЧАЕВ

Ключарева С.В.¹, Ковальчук М.С.¹,
Пономарев И.В.²

¹Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург,

²Физический институт имени П.Н. Лебедева,
Москва

Ксантелазма (*xanthelasma palpebrarum*) представляет собой мягкие желтоватые бляшки на верхних или нижних веках. Это, возможно, указывает на наличие общего серьезного заболевания, такого как гиперлипидемия, сахарный диабет, цирроз печени. Ксантелазма сама по себе редко является показанием для обязательного лечения, но пациенты часто желают избавиться от нее по косметическим причинам. Хирургия была единственным проверенным методом удаления ксантелазмы, и сегодня она остается «классическим» методом лечения указанных патологий. Результаты хирургии поначалу были удовлетворительными, но высокая частота рецидивов ксантелазм после хирургии, необходимость проводить повторное хирургическое лечение в уязвимой периорбитальной области, возрастание суммарного риска осложнений после повторных вмешательств, таких как выворот века (*ectropion*), заставляет искать новые альтернативные методы лечения.

Цель работы. Дать оценку эффективности лечения ксантелазмы лазером на парах меди Яхрома-Мед.

Материалы и методы. Исследование включало 24 пациента: женщин 20 и мужчин 4, с ксантелазмами (возвышающимися над кожей не более, чем

на 1 мм). Размер очагов варьировал от 1-3 см² и у 4 пациентов отмечалось поражение всей периорбитальной области, которые обращались к пластическим хирургам, но им было отказано в виду большого объема хирургической операции и риска развития осложнений. Пациенты с очаговым процессом получили 1 сеанс терапии, а при тотальном поражении вся область была разделена на 4 участка (каждая обрабатывалась однократно с интервалом 2 недели). У всех пациентов для лечения ксантелазм использовался лазер на парах меди «Яхрома-Мед» при режиме: длина волны 578 нм (желтый цвет) излучения, мощностью 0,8-0,9 Вт, временем экспозиции 0,4 сек. При таком режиме воздействия отмечалось посеребрение патологических очагов, без формирования эрозивной поверхности. Через 3 дня отмечалось шелушение, которое проходило на 5 день.

Перед каждым сеансом лечения делались фотографии пациентов, а также через 4 недели после последнего сеанса. Два независимых эксперта относили результаты лечения к одной из четырех групп: нет результата [уменьшение размера ксантелазмы на 0-25%], средний результат [25-60%], хороший [61-85%] и отличный [более 85%]. Удовлетворение пациенток результатами лечения оценивалось по словесной шкале.

Результаты. 2/3 случаев лечения показали хороший результат (уменьшение размера ксантелазмы на 70-85% (в некоторых случаях по периферии очага отмечался незначительный желтый цвет в виде полоски 0.2 мм), в остальных случаях наблюдался отличный результат (более 85%). Оценки двух экспертов показали очень хорошее совпадение. Лечение переносилось хорошо, никаких существенных побочных эффектов не было, отмечалось восстановление нормального тургора и цвета кожи. Уровень удовлетворения пациенток был высоким.

Выводы. Лечение ксантелазмы импульсным лазером на парах меди Яхрома-Мед является многообещающим методом, особенно при тотальном поражении всей периорбитальной области.

ОСОБЕННОСТИ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ

Ковалевский В.А., Шишкин А.Н.

Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург

Цель исследования. У пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) 5 стадии, получающих гемодиализ как основной метод заместительной

почечной терапии, с течением времени изменяется гормональный статус. Изучение функциональных особенностей гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной оси, а также изменения в тиреоидном статусе у данных пациентов в зависимости от продолжительности заместительной почечной терапии представляется актуальной задачей. Целью данной работы являлась оценка тиреоидного статуса пациентов, получающих программный гемодиализ от 4 месяцев до 12 лет.

Материалы и методы. Было обследовано 108 пациентов (44 женщины и 64 мужчины), находящихся на программном гемодиализе, средний возраст $51,7 \pm 15,4$ года. Биохимические анализы (Уровни Тироксина (T_4) и тиреотропного гормона (ТТГ)) производились на иммунохимическом анализаторе Abbott Architect i2000. Пациенты были разделены на 4 группы по квартилям длительности нахождения на заместительной почечной терапии (менее 2 лет; от 2 до 5 лет; от 5 до 8 лет; более 8 лет). Полученные данные обрабатывались на персональном компьютере с помощью программного обеспечения MS excel 2016 и Statsoft Statistica 13.0. Для оценки результатов приводится среднее арифметическое со стандартным отклонением ($M \pm m$). Уровень статистической значимости – $p > 0,05$.

Результаты и обсуждение. При оценке уровня тиреотропного гормона, его среднее значение составило $1,50 \pm 0,94$ мкМЕ/мл. Субклинический гипертиреоз встречался в 7,4% наблюдений. Субклинический гипотиреоз встречался у 4,8% обследованных, во всех наблюдениях он сочетался с увеличением размеров щитовидной железы и наличием узловых образований. Средние значения свободного тироксина составили $11,95 \pm 2,07$ пмоль/мл. У 11,1% обследованных был выявлен синдром низкого T_4 .

Тиреоидный статус в оцениваемых группах достоверно изменялся только между первой и второй группой (менее 2 лет. и от 2 до 5 лет). Достоверные различия ($P < 0,01$) наблюдались по уровню ТТГ и отношению св. T_4 к ТТГ. В группах с большей длительностью нахождения на заместительной почечной терапии отмечалась тенденция к снижению ТТГ и свободного T_4 , однако значения находятся в пределах статистической погрешности. Особенности данного феномена требуют дальнейшего изучения.

Выводы. Таким образом, было установлено, что у пациентов на гемодиализе нарушения тиреоидного статуса встречалось более чем в 20% наблюдений. Наибольшие изменения тиреоидного статуса наблюдались в группе обследованных получающих программный гемодиализ как основной метод заместительной почечной терапии в течение 2-5 лет.

ОТ ЧЕГО ЗАВИСИТ ОТВЕТ НА АНТИРЕЗОРБТИВНУЮ ТЕРАПИЮ ДЕНОСУМАБОМ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ОСТЕОПОРОЗОМ: ПО РЕЗУЛЬТАТАМ 12 МЕСЯЦЕВ ТЕРАПИИ

Коваленко П.С., Дыдыкина И.С.,
Смирнов А.В., Насонов Е.Л.

Научно-исследовательский институт
ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель. Выделить факторы, влияющие на ответ на антирезорбтивную терапию деносунабом у женщин с ревматоидным артритом (РА) и остеопорозом (ОП).

Материалы и методы. В исследование были включены 66 женщин в постменопаузе (средний возраст $59,6 \pm 7,4$ лет) с РА (средняя длительность $17,7 \pm 10,4$ лет) и ОП, которые получали п/к деносунаб каждые 6 месяцев в течение 1 года. Серопозитивными по ревматоидному фактору (РФ) были 72%, по антителам к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) – 74% больных. 34 пациентки (49%) принимали глюкокортикоиды (ГК). Исходно и через 12 месяцев терапии проводилась двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия трех отделов скелета: поясничного отдела позвоночника (L1-L4), шейки бедра (ШБ) и дистального отдела предплечья (ДОП), а также рентгенография кистей и стоп с оценкой счета эрозий и суженных щелей по Sharp/van der Heijde. Анализ факторов (данных анамнеза, клинико-лабораторных маркеров, приема ГК и др.), повлиявших на результат терапии, проводился с помощью программы Statistica 6.0.

Результаты. Через 12 месяцев терапии деносунабом было отмечено достоверное ($p < 0,05$) увеличение минеральной плотности кости (МПК) в L1-L4 и ШБ: $0,821 \pm 0,104$ г/см² vs $0,864 \pm 0,110$ г/см² и $0,625 \pm 0,089$ г/см² vs $0,639 \pm 0,088$ г/см², соответственно; тенденция к увеличению в ДОП: $0,498 \pm 0,090$ г/см² vs $0,503 \pm 0,089$ г/см² ($p = 0,0529$). Положительная динамика (увеличение или стабилизация) МПК была отмечена у 89% пациентов в L1-L4, 67% – в ШБ и 60% – в ДОП. Анализ данных показал, что отрицательный ответ на терапию деносунабом в отношении МПК в L1-L4 был ассоциирован с длительным (> 3 месяцев в анамнезе) приемом ГК ($p = 0,034$) и началом приема ГК после наступления менопаузы ($p = 0,023$). Положительный ответ на терапию в ШБ был ассоциирован с более высокой концентрацией РФ (исходно и в динамике) ($p < 0,05$) и наступлением менопаузы после

начала РА ($p=0,024$), в то время как отрицательный ответ – с длительным приемом ГК (>3 месяцев в анамнезе) ($p=0,024$). В ДОП положительный ответ на терапию был ассоциирован с позитивностью по РФ ($p=0,02$), при этом отрицательный ответ обратно коррелирует с увеличением числа эрозий и увеличением общего счета по Sharp/van der Heijde: $r=-0,360$ ($p<0,05$).

Увеличение числа эрозий ($p<0,05$) было ассоциировано с более низкими показателями МПК в L1-L4 (исходно и после терапии) и обратно коррелировало с увеличением МПК в ДОП. Также те пациенты, у которых было отмечено увеличение количества эрозий, имели более высокую кумулятивную дозу ГК. При этом счет эрозий по Sharp/van der Heijde обратно коррелировал с исходным уровнем костной щелочной фосфатазы (bone alkaline phosphatase, ВАР) и с увеличением МПК в ДОП, а прямая корреляция наблюдалась с увеличением числа суженных щелей.

Выводы. Положительный ответ на терапию деносумабом (через 12 месяцев) по МПК в ШБ и ДОП был ассоциирован с позитивностью по РФ. Отрицательный ответ по МПК на терапию в L1-L4 и ШБ был связан с приемом ГК (более 3-х месяцев в анамнезе) и с началом приема ГК после наступления менопаузы. Среди факторов, наиболее значимо повлиявших на увеличение числа эрозий, было выявлено: более низкие значения МПК в L1-L4 (исходно и в динамике) и более высокая кумулятивная доза ГК. Увеличение счета эрозий отрицательно коррелировало с увеличением МПК в ДОП и исходным значением ВАР. Выявлена прямая связь между увеличением эрозий и увеличением числа суженных щелей.

ОСТЕОТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДЕНОСУМАБОМ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ОСТЕОПОРОЗОМ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Коваленко П.С., Дыдыкина И.С.,
Смирнов А.В., Насонов Е.Л.

Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Изучение эффектов длительной (24 месяца) терапии деносумабом – моноклональными антителами к RANKL (receptor

activator of nuclear factor kappa-B ligand, лиганд рецептора активатора ядерного фактора каппа-В) на кость (минеральную плотность, эрозивно-деструктивные изменения в суставах кистей и стоп, деформации позвонков) у пациентов с ревматоидным артритом (РА) и остеопорозом (ОП).

Материалы и методы. 27 постменопаузальных женщин (средний возраст $58,4\pm 7,4$ лет) с РА (средняя длительность РА $19,5\pm 11,8$ лет) и ОП (в соответствии с рекомендациями РАОП 2012г) получали подкожно деносумаб 60 мг каждые 6 месяцев в течение 24 месяцев. 17 пациенток (62,9%) принимали глюкокортикоиды. 8 (29,6%) человек имели 2-ую, 8 (29,6%) – 3-ю и 11 (40,8%) – 4-ю рентгенологическую стадию РА. Через 24 месяца терапии относительно исходных показателей осуществлялся подсчет эрозивно-деструктивных изменений в суставах кистей и стоп при рентгенографии (счет по Sharp/van der Heijde (SVH), подсчет индекса деформаций позвонков в грудном и поясничном отделах методом Дженнант, а также измерение МПК с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии: в проксимальном отделе бедренной кости (шейке бедра и бедре в общем), поясничном отделе позвоночника (L1-L4), дистальном отделе предплечья (ДОП). Статистический анализ проведен с помощью Statistica 6.0.

Результаты. Средний показатель МПК в области L1-L4, общем бедре и ДОП достоверно увеличился: $0,789\pm 0,079$ г/см² vs $0,836\pm 0,078$ г/см² ($p<0,0001$), $727\pm 0,103$ г/см² vs $0,746\pm 0,097$ г/см² ($p=0,0008$), $0,480\pm 0,102$ г/см² vs $0,511\pm 0,104$ г/см² ($p<0,0001$), соответственно. При этом в области шейки бедра остался без значимых изменений: $0,619\pm 0,072$ г/см² vs $0,617\pm 0,074$ г/см² ($p>0,05$). Среднее изменение (%) МПК через 24 месяца составило: +6,0% в L1-L4, +0,1% в шейке бедра, +2,8% в бедре в целом и +5,1% в ДОП. В области L1-L4 достоверный рост МПК был отмечен как к 12, так и к 24 месяцу, по сравнению с исходным значением ($p<0,001$). Подобная тенденция была отмечена в области бедра в целом и ДОП – увеличение МПК через 12 и 24 месяца, в то время как в области шейки бедра на первом году терапии было отмечено увеличение МПК, затем снижение этого показателя и в целом к 24 месяцу – стабилизация МПК.

Счет эрозий и общий счет SVH увеличились: $50,59\pm 51,71$ vs $52,40\pm 52,02$ баллов ($p<0,05$), $153,88\pm 83,38$ баллов vs $156,70\pm 84,27$ баллов ($p<0,05$), соответственно. При этом счет суженных щелей не изменился к концу наблюдения: $103,29\pm 38,55$ vs $104,33\pm 39,00$ баллов ($p>0,05$). Всего за 24 месяца терапии деносумабом увеличение счета эрозий и общего счета SVH было отмечено у 6 больных (22%), из них: у 5 больных увеличение

счета зафиксировано на 1-м году терапии, у 1 больной – на 2-м. Увеличение счета суженных щелей отмечено у 4 больных (15%), из них: у 2 больных на 1-м году терапии и у 2 – на 2-м. Индекс деформации позвонков также не изменился: $0,79 \pm 0,01$ – исходно и в динамике в поясничном отделе позвоночника и $0,76 \pm 0,04$ – в грудном отделе ($p > 0,05$).

Выводы. 1. Длительная терапия деносумабом у больных РА достоверно увеличивает МПК в L1-L4, ДОП, в области проксимального отдела бедра в целом и стабилизирует ее в шейке бедра. 2. Отмечено прогрессирование счета эрозий и общего счета SVH в суставах кистей и стоп, однако, счет суженных щелей не изменился. 3. Не отмечено прогрессирования индекса деформаций в грудном и поясничном отделе позвоночника.

КОРРЕКЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Колмакова Е.В., Кулаева Н.Н.

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Наличие поражения почек у пациентов с артериальной гипертензией определяют тактику их лечения и прогноз заболевания. Продвинутые стадии хронической болезни почек существенно ограничивают возможности применения ряда лекарственных препаратов.

Цель исследования. Определить эффективность и безопасность комбинированной антигипертензивной терапии у пациентов с хронической болезнью почек.

Материалы и методы. В исследование включено 27 пациентов, получавших лечение на отделении нефрологии и эндокринологии больницы Петра Великого (зав. отделения Степанова Т.Е.) в период с августа 2018 г. по сентябрь 2019 г. Критерием включения в исследование являлось неконтролируемая артериальная гипертензия (АГ). Уровень систолического артериального давления (САД) более 150 мм рт.ст., диастолического артериального давления (ДАД) более 90 мм рт.ст. на фоне регулярной антигипертензивной терапии в течение не менее 4 недель. 17 женщин, 10 мужчин. Основная нозология представлена хроническим гломерулонефритом, подтвержденным данными нефробиопсии у 5 пациентов, хронический пиелонефрит – 6, сахарный диабет 2 типа – 9, гипертоническая

болезнь – 7 человек. Уровень суточной потери белка от 0,47 до 2,47 г/сут. Сывороточный креатинин – $158,72 \pm 69,21$ мкмоль/л (86-325). СКФ по MDRD – $47,3 \pm 7,9$ мл/мин/1,73 м² (68-36). Антигипертензивная терапия – ирбесартан 300 мг + амлодипин 10 мг – однократно. Время наблюдения от 1.5 недель до 27 дней. В 3 случаях отмечена повторная госпитализация. Причиной ее во всех случаях не была связана с ухудшением течения АГ.

Результаты и обсуждение. В ходе наблюдения целевой уровень АД (менее 140/80 мм рт.ст.) без использования дополнительной терапии достигнут у 19 из 27 пациентов. Еще двое пациентов, у которых отмечалось наличие периферических отеков, в дополнение получали диуретическую терапию – индапамид-ретард 1,5 мг и фуросемид 40 мг. Тройная терапия позволила достигнуть целевых значений АД. Лишь у одного пациента уровень АД при применении комбинированной терапии не изменился. Это был пациент с активным мембранозно-пролиферативным гломерулонефритом, по поводу чего он получал гормональную терапию. Уровень САД снизился с $166,2 \pm 56,4$ мм рт.ст. до $136,9 \pm 43,2$ мм рт.ст. ($p < 0,01$, по U-критерию Манна-Уитни). Уровень ДАД снизился с $92,4 \pm 6,7$ мм рт.ст. до $76,9 \pm 4,8$ мм рт.ст. ($p < 0,005$). Самым частым побочным эффектом при проведении терапии было развитие астении – 4 человека. У двоих из них отмечено снижение САД ниже 120 мм рт.ст. При снижении дозы амлодипина до 5 мг в таблетке уровень АД поднялся до целевых значений. У одной пациентки развилась артралгия. У одной – головная боль. В обоих случаях отмены препарата не потребовалось. При лабораторном контроле уровень сывороточного креатинина, калия, расчетная СКФ достоверно не изменялись.

Выбор ирбесартана в дозировке 300 мг/сут связан с данными полученными в ходе клинических исследований IRMA-2 и IDNT. Уровень протеинурии в ходе проведения исследования достоверно не изменялся. Возможно это связано с кратковременностью наблюдения за пациентами (время госпитализации). У двоих из трех пациентов, которые были госпитализированы повторно, уровень протеинурии при повторной госпитализации снижался. Малочисленность наблюдений не позволяет судить о достоверности данных наблюдений.

Выводы. Комбинированная терапия (ирбесартан+амлодипин) позволяет добиться целевых значений АД в течение короткого времени у большинства пациентов. Данная терапия является безопасной, однако требует обязательного контроля за уровнем СКФ и сывороточного калия.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РИТУКСИМАБОМ ПАЦИЕНТОВ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Комаров В.Т., Никишин А.В., Носанова М.Н.,
Никишина А.Ю., Хичина Н.С.,
Фролова И.В., Филатова М.А.

Пензенская областная клиническая больница
имени Н.Н. Бурденко,
г. Пенза

Актуальность. Наряду с применением глюкокортикостероидов и цитостатиков при тяжелом течении СКВ несомненный интерес вызывает применение РТМ.

Цель исследования. Проанализировать эффективность и безопасность применения РТМ при динамическом наблюдении у пациентов с СКВ, рефрактерной к стандартной терапии.

Материал и методы исследования. В отделение ревматологии за двухлетний период лечились 10 женщин с СКВ в возрасте от 22 до 44 лет с продолжительностью болезни 4,6 лет, с высокой и очень высокой активностью заболевания и недостаточной эффективностью ГКС и цитостатиков. Обследование пациентов включало клинические, инструментальные, лабораторные методы, включая АНФ, РФ, антитела к АНА, ДНК, к кардиолипинам, уровень комплемента. Клиническая оценка активности СКВ осуществлялась с использованием индекса активности SELENA-SLEDAI. В клинике всех пациентов отмечались лихорадка, суставной синдром, дерматит лица и груди, цереброваскулит, поражение почек, панцитопения, у 6 больных – перикардит, плеврит, полинейропатия, синдром Рейно. Из лабораторных показателей у всех пациентов отмечены снижение компонентов комплемента С3-С4 до 0,8 и 0,1 г/л соответственно, АНФ гомогенного типа свечения в титре 1/520, положительные антитела к ДНК в среднем 104,2 ед/мл, у половины больных – увеличение РФ до 34 ед/мл, кардиолипидов класса Jg G, волчаночного антикоагулянта. Индекс SELENA-SLEDAI составил в среднем 19 баллов. Все пациенты консультированы в ФБНУ НИИ ревматологии имени В.А. Насоновой очно или по телемедицинской консультации, диагноз был подтвержден. Показанием для назначения РТМ при СКВ являлись системные проявления: нефрит, цереброваскулит, панцитопения, высокая активность заболевания, а также рекомендации, полученные из института ревматологии для лечения РТМ. До назначения РТМ пациенты получали лечение преднизолоном 60 мг в сутки, плаквенилом 400 мг в сутки, пульс-терапию метилпреднизолоном 1000 мг в/венно капельно три дня подряд вместе с

циклофосфамидом 1000 мг однократно, ½ больных получали сеансы плазмафереза. РТМ назначался по 500 мг в/венно капельно курсами еженедельно в течение трех последующих недель два раза в году. Премедикация проводилась метилпреднизолоном 250 мг в/венно капельно, супрастином 1,0 в/мышечно на фоне лечения преднизолоном 30 мг в сутки и цитостатическими иммунодепрессантами. Продолжительность наблюдения составила 48 недель, ответ оценивали через 6 и 12 месяцев после лечения.

Результаты и обсуждение. Снижение активности СКВ отмечали уже к 6 месяцу после первого курса лечения, индекс SELENA-SLEDAI снизился с 19 до 12,3 баллов. После второго курса сохранялась частичная клиническая ремиссия и частичный иммунологический ответ у 6 из 10 пациентов, он проявлялся в купировании кожного васкулита, плеврита и перикардита, нефритического синдрома при волчаночном нефрите, исчезновении болей в суставах, уменьшении проявлений цереброваскулита, исчезновения лихорадки, нормализации количества лейкоцитов, тромбоцитов, эритроцитов, снижении титров АНФ с 1/520 до 1/210, уровня антител к ДНК с 104,2 до 38,7 ед/мл, РФ с 34 до 17,2 ед/мл. У 2 больных отмечено обострение заболевания через 6 месяцев, которое было купировано повторным введением РТМ. Инфузионных реакций и осложнений от терапии не было, у одной пациентки отмечались отсроченные кожные высыпания. Через 12 месяцев индекс SELENA-SLEDAI снизился с 19 до 8,7 баллов с появлением полной клинической ремиссии у 7 из 10 пациентов со снижением иммунологических показателей.

Заключение. Комбинированная терапия с применением РТМ у больных с СКВ, резистентных к традиционной терапии, способствовала достижению контроля над активностью заболевания, не вызывала побочных действий и улучшало качество жизни.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ГЛУТАТИОНА У БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ, СОЧЕТАННОЙ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Кондуфор О.В., Соцкая Я.А.

Луганский государственный медицинский
университет имени Святителя Луки,
г. Луганск, Украина

Цель исследования. Оценка показателей системы глутатиона (СГ) у больных с алкогольной

болезнью печени (АБП), сочетанной с цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ) при лечении общепринятыми методами.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 38 пациента с диагнозом АБП в сочетании с ЦВБ в возрасте от 40 до 65 лет. Из них было 20 мужчин (52,6%) и 18 женщин (47,4%). Из анамнеза было известно, что 17 пациентов перенесли ишемический инсульт головного мозга, а 21 страдали дисциркуляторной энцефалопатией. Диагноз АБП был установлен после детального сбора анамнеза, объективного осмотра, лабораторного и инструментального методов исследования, руководствуясь клиническими рекомендациями РФ «Диагностика и лечение алкогольной жировой болезни печени». Все больные, находившиеся под наблюдением, получали общепринятое лечение. Лечение больных включало диетическое питание и медикаментозное лечение, а именно гепаторотекторы растительного происхождения из расторопши пятнистой (карсил или силибор), эссенциальные фосфолипиды (эссенциале Н), поливитамины. Для реализации цели исследования у всех больных для характеристики системы глутатиона (СГ) анализировали содержание восстановленного глутатиона (ВГ) и окисленного глутатиона (ОГ) в сыворотке крови с подсчитыванием коэффициента ВГ/ОГ.

Результаты и их обсуждение. При проведении специального биохимического обследования до начала лечения у больных были установлены однотипные изменения показателей СГ. Так, уровень ВГ, который поддерживает высокую активность тиолсодержащих ферментов и оказывает стабилизирующее влияние на содержание высокореакционных SH групп в мембранах эритроцитов, в крови больных АБП, сочетанной с ЦВЗ, был сниженным в среднем в 1,72 раза и составлял $0,58 \pm 0,03$ ммоль/л; концентрация ОГ была выше нормы в среднем в 3,56 раза, при норме $0,16 \pm 0,02$ ммоль/л, и составляла $0,57 \pm 0,03$ ммоль/л. В результате этих сдвигов соотношение ВГ/ОГ составляло $1,02 \pm 0,02$, что было в среднем в 6,1 раза ниже показателя нормы ($6,25 \pm 0,02$). После завершения курса лечения больных с АБП, сочетанной с ЦВЗ общепринятыми средствами концентрация ВГ в сыворотке крови увеличилась в среднем в 1,4 раза относительно начального уровня, но оставалась все же 1,22 раза ниже нормы. В то же время содержание ОГ в сыворотке крови снизилось более существенно – в среднем в 1,78 раза, но осталось в 2 раза выше нормы. Коэффициент ВГ/ОГ у обследованных больных увеличился в среднем в 2 раза относительно исходного уровня, оставаясь

существенно ниже нормы, а именно в 2,44 раза. Таким образом, применение только общепринятых средств лечения не обеспечило полной нормализации изученных показателей СГ.

Выводы. Исходя из полученных данных, можно считать патогенетически обоснованным включение в комплекс лечения больных с АБП, сочетанной с ЦВЗ дополнительных современных метаболически активных лекарственных средств, которые смогут способствовать нормализации изученных показателей СГ, и метаболического гомеостаза в целом.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЦИКЛОФОСФАМИДА И РИТУКСИМАБА В РЕЖИМЕ МОНОТЕРАПИИ И У БОЛЬНЫХ СИСТЕМОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ

Конева О.А., Ананьева Л.П., Гарзанова Л.А.,
Десинова О.В., Овсянникова О.Б.,
Старовойтова М.Н.

Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Циклофосфамид (ЦФ) рассматривается в качестве препарата выбора для лечения интерстициального поражения легких (ИПЛ) у пациентов с системной склеродермией (ССД). Однако, по данным литературы, на фоне его применения отмечено незначительное и временное улучшение со стороны легочного фиброза, в связи с чем продолжается поиск новых более эффективных препаратов, среди которых большое внимание уделяется Ритуксимабу (РТМ). В то же время ограниченное число пациентов, получивших РТМ, гетерогенность исследований по основным параметрам, существенные различия в схемах введения, кумулятивных дозах, длительности наблюдения не позволяют сделать однозначные заключения о его эффективности и дать определенные рекомендации по применению при ССД.

Цель. Сравнить влияние ЦФ и РТМ в режиме монотерапии на клинические проявления и активность ССД и безопасность их применения в открытом проспективном нерандомизированном исследовании.

Материалы и методы. В исследование включен 71 пациент с достоверным диагнозом ССД и признаками ИПЛ по данным МСКТ. Все пациенты получали ГК в средних и низких дозах. 35 пациентов (группа А), получали РТМ в режиме монотерапии в суммарной дозе 1,35±0,5 грамм за период наблюдения 13,3±2,3 мес. (средний возраст – 45±15 лет, женщины – 80%, давность ССД – 6,3±2,3 лет, диффузная/лимитированная – 1,3/1). 36 пациентов (группа В), получали ЦФ парентерально в течение 12±6 мес., суммарно 10,6±5 гр. (средний возраст 47±12 лет, женщины – 92%, давность ССД – 5,0±4,8 лет, диффузная/лимитированная – 1,6/1). Пациенты обеих групп не различались по возрасту, полу, соотношению диффузной и лимитированной форм ССД и исходной ФЖЕЛ. В динамике оценивались форсированная жизненная емкость (ФЖЕЛ%), модифицированный кожный счет (КС, баллы) и индекс активности (ИА, баллы).

Результаты. Начальные дозы ГК, которые пациенты получали на момент включения в исследования, были достоверно выше в группе В по сравнению с группой А (15,3±8,5 и 10,9±5,4, соответственно, $p=0,03$). Только через год терапии ЦФ доза ГК была снижена до уровня стартовой в группе А. В группах А и В на фоне терапии отмечено достоверное снижение КС (в группе А с 11,5±9,5 до 8,2±6,2, $p=0,02$, в группе В с 11,0±9,3 до 7,2±5,6 $p=0,009$) и ИА (в группе А с 2,8±1,4 до 1,4±1,2, $p=0,00017$, в группе В с 3,2±1,9 до 1,6±1,3, $p=0,000165$). При оценке динамики ФЖЕЛ в обеих группах отмечалось достоверное ее увеличение (в группе А с 78,7±20,0 до 84,2±20,0, $p=0,002$, в группе В с 76,0±20,3 до 82,7±22,5 $p=0,034$), медиана прироста в группе А составила 5,3 [-0,8; 11,1], в группе В 5,7 [0; 11,2]. Повышение и снижение ФЖЕЛ на ≥10% было сходным в обеих группах. Переносимость терапии была лучше в группе, получающей РТМ, где неблагоприятные реакции развивались у достоверно меньшего числа пациентов (40/11%), по сравнению с группой, получающей ЦФ (19/53%), $p=0,0000$.

Выводы. Оба препарата эффективно уменьшали индукцию кожи и активность ССД, достоверно улучшали ФЖЕЛ. Однако, доза глюкокортикоидов, которая требовалась пациентам на фоне терапии РТМ была достоверно ниже по сравнению с пациентами, получавшими ЦФ. Переносимость терапии РТМ была лучше по сравнению с ЦФ. Полученные данные обосновывают возможность назначения анти-В-клеточной терапии как в качестве препарата первого ряда для лечения ИПЛ у больных ССД, так и в случае неэффективности или плохой переносимости ЦФ.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ МИКОФЕНОЛАТА МОФЕТИЛА И РИТУКСИМАБА В РЕЖИМЕ МОНОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ

Конева О.А., Ананьева Л.П., Гарзанова Л.А.,
Десинова О.В., Овсянникова О.Б.,
Старовойтова М.Н.

Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Несмотря на то, что интерстициальное поражение легких (ИПЛ) встречается у большинства больных системной склеродермией (ССД), подходы к его лечению часто носят эмпирический характер и включают преимущественно циклофосфамид или микофенолат мофетил (ММФ). Однако применение иммуносупрессантов, как правило, приводит к незначительному и временному улучшению легочной функции и осложняется развитием разнообразных неблагоприятных реакций. В связи с выше сказанным продолжается поиск новых, более эффективных и безопасных препаратов, среди которых большое внимание уделяется ритуксимабу (РТМ).

Цель исследования. Сравнить влияние ММФ и РТМ в режиме монотерапии на клинические проявления и активность ССД и безопасность их применения в открытом проспективном нерандомизированном исследовании.

Материалы и методы. В исследование включено 80 пациентов с достоверным диагнозом ССД и признаками ИПЛ по данным МСКТ. Все пациенты получали ГК в средних и низких дозах. 35 пациентов (группа А), получали РТМ в режиме монотерапии в суммарной дозе 1,35±0,5 грамм за период наблюдения 13,3±2,3 мес. (средний возраст – 45±15 лет, женщины – 80%, давность ССД – 6,3±2,3 лет, диффузная/лимитированная – 1,3/1). 45 пациентов (группа В), получали ММФ в дозе 2 грамма в сутки (средний возраст 49±13 лет, женщины – 91%, давность ССД – 7,1±5,0 лет, диффузная/лимитированная – 1,0/1,3). В динамике оценивались форсированная жизненная емкость (ФЖЕЛ%), диффузионная способность легких (ДСЛ), модифицированный кожный счет (КС, баллы), индекс активности (ИА, баллы), нарушения ритма и проводимости сердца (по данным ЭКГ).

Результаты. В группах А и В на фоне терапии отмечено достоверное снижение КС (в группе А с 11,5±9,5 до 8,2±6,2, $p=0,02$, в группе В с 7,5±6,9 до

4,8±3,9 p=0,0006) и ИА (в группе А с 2,8±1,4 до 1,4±1,2, p=0,00017, в группе В с 1,9±1,5 до 1,2±0,9, p=0,005). Уменьшение числа пациентов с нарушениями проводимости сердца было отмечено только на фоне терапии ММФ (p=0,03). При оценке динамики ФЖЕЛ достоверное ее увеличение выявлено только в группе А (с 78,7±20,0 до 84,2±20,0, p=0,002), при этом медиана прироста в группе А составила 5,3% [-0,8; 11,1]. 10% прирост ФЖЕЛ в группе А выявлено у 9 (26%) пациентов, что в 2 раза превысило данный показатель в группе В – 6 (13%), p=0,2. Процент пациентов, у которых отмечено 10% снижение ФЖЕЛ было сходным в обеих группах. В течение периода наблюдения значимых изменений других оцениваемых показателей не было выявлено ни в одной из групп. Переносимость терапии была лучше в группе, получающей РТМ, где неблагоприятные реакции развивались у достоверно меньшего числа пациентов (40/11%) по сравнению с группой, получающей ММФ (12/27%), p=0,5.

Выводы. Оба препарата эффективно уменьшали индурацию кожи и активность ССД. Однако, только терапия РТМ приводила к достоверному увеличению ФЖЕЛ с клинически значимым нарастанием данного параметра у трети пациентов. Переносимость терапии была несколько лучше у пациентов, получавших РТМ. Полученные данные обосновывают возможность назначения анти-В-клеточной терапии как в качестве препарата первого ряда для лечения ИПЛ у больных ССД, так и в случае неэффективности или плохой переносимости иммуносупрессантов. Применение ММФ предпочтительнее у пациентов с менее тяжелым течением ИПЛ и при кардиопатии.

СТРУКТУРНО- ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЛОМЕРУЛОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

Конюх Е.А., Машкова А.Е.
Гродненский государственный
медицинский университет,
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Гломерулопатии – гетерогенная группа заболеваний почек, основным признаком которых является первичное повреждение гломерулярного аппарата почек. В настоящее время считают, что неблагоприятным в плане прогноза является сочетание гломеруло- и тубулопатии – повреждение интерстициальной ткани почек. В современной нефрологии выделяют группу нефропатий, которая включает в себя заболевания с вовлечением в патологический процесс как клубочков, так и канальцевого аппарата.

Цель работы. Дать эпидемиологическую характеристику гломерулопатий у детей Гродненской области.

Материалы и методы исследования. Проанализированы 95 медицинских карт пациентов, госпитализированных в УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» с диагнозом N00-N04 по МКБ-10.

Результаты. Возраст пациентов составлял 11,2 (5,2-15,3) лет: самому младшему исполнилось 1,8 года, старшему – 17,6 лет. Из них мальчиков было 54,7% (52 человека), девочек – 45,3% (43 человека). На момент госпитализации в группе детей в возрасте от 1 до 3 лет было 10 человек (10,5%), 3-7 лет – 20 (21,0%), 7-12 лет – 22 (23,2%), старше 12 лет – 43 ребенка (45,3%). В зависимости от нозологии пациенты распределились следующим образом: с диагнозом N00 – 2,1% (2 человека), N01 – 0%, N02 – 55,8% (53 человека), N03 – 4,2% (4 человека), N04 – 37,9% (36 человека).

У пациентов в группе N02 отмечалась изолированная гематурия или ее сочетание с протеинурией различной степени (максимально до 3,7 г/л). Длительность заболевания на момент включения в исследование составляла 9 (2-29) месяцев. У детей с нефротическим синдромом (код N04) уровень протеинурии при поступлении в стационар составил 1,6 (0-5,52) г/л, при выписке уровень протеинурии соответствовал возрастной норме. Длительность заболевания на момент госпитализации составил 11 (0,5-52) месяцев. Пациенты с хроническим гломерулонефритом (код N03) на момент поступления в стационар имели клинико-лабораторные проявления заболевания в течение 140 (96-164) месяцев. По нашим данным, уровень протеинурии при сравнении результатов при поступлении и выписке из стационара достоверно не отличался (0,08 (0-0,17) г/л и 0,09 (0,03-0,6) г/л, соответственно, p>0,05).

При анализе частоты рецидивирования заболевания установлено, что практически третья часть пациентов поступали в стационар для обследования впервые: 35 человек (36,8%), у 22 человек (23,2%) – отмечалось обострение болезни, по 9 человек (9,5%) имели 3 и 4 рецидива, у остальных детей (11,6%) – 5 и более обострений.

У 56 детей (58,9%) провоцирующим фактором рецидивирования гломерулопатии была ОРИ. Выявлено наличие очагов хронической инфекции: у 38 детей (40%) – хронический тонзиллит, у 11 детей (11,6%) – кариес. Часть пациентов имели отягощенный аллергологический анамнез: у 31 ребенка (32,6%) – пищевая сенсibilизация, 4 (4,2%) – аллергический ринит. Среди сопутствующей патологии встречались дисметаболические нарушения: у 27 детей (28,4%) – оксалатная кристаллурия, у 4 (4,2%) – микролиты, фосфатная кристаллурия.

При изучении наследственного анамнеза у 14,7% детей отмечалась наследственная отягощенность по заболеваниям мочевыделительной системы.

Выводы. Чаше нефропатии диагностируются у детей старше 12 лет. В структуре преобладает рецидивирующая и устойчивая гематурия, однако часть детей имеют сочетание ее с протеинурией. Практически у 60% детей обострение связано с ОРИ. У 1/3 обследуемых диагностированы кристаллурия и/или микролиты. Только 15% пациентов с нефропатией имеют наследственную предрасположенность.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСОРИАЗОМ В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ РФ

Корнеева Л.С.¹, Мельниченко Н.Е.¹, Бойкова Л.С.²

¹Амурская государственная медицинская академия,

²Амурский областной
кожно-венерологический диспансер,
г. Благовещенск

Цель исследования. Провести статистический анализ заболеваемости псориазом в Амурской области в сравнении с показателями регионов РФ.

Материалы и методы. Формы статистической отчетности Ф-34, Ф-9 и формы федерального статического наблюдения Ф-12.

Результаты и обсуждение. В 2018 г. всего в РФ зарегистрировано 356069 случаев псориаза, показатель распространенности псориаза составил 242,4, заболеваемости – 66,5 на 100 тыс. населения. За анализируемый период оба показателя оставались на одном уровне, около 220 на 100 тыс. населения, с некоторым приростом показателя с 2015 по 2018 год, когда он достиг 242,4 на 100 тыс. населения (общий прирост за анализируемый период составил 14%). На протяжении 2009-2015 гг. прослеживалась тенденция к снижению заболеваемости населения псориазом (с 70,5 на 100 тыс. населения до 62,8 в 2015 году, на 11%), однако в 2018 году зарегистрированный показатель составил 66,5 на 100 тыс. населения, возвратившись к уровню 2013 года.

В АО распространенность псориаза за анализируемый период увеличилась на 24% и составила 372,5 на 100 тыс. населения, что в 1,5 раза выше показателя РФ. Число впервые зарегистрированных случаев заболеваемости псориазом среди населения Амурской области с 2015 г. имеет тенденцию к снижению на 19% и составило 68,7 на 100 тыс. населения, что на уровне показателей РФ.

Самые высокие показатели заболеваемости псориазом и его распространенности в РФ и АО на-

блюдаются в возрастной группе 15-17 лет. В 2018 г. распространенность псориаза среди этой группы населения составила 332,4, заболеваемость – 99,5, в АО – 510,6 и 130,5 на 100 тыс. подросткового населения соответственно.

Аналогичные показатели в РФ среди населения в возрасте 18 лет и старше составили 275,8 и 74,3 на 100 тыс. населения соответственно. В Амурской области показатели распространенности и заболеваемости в 1,6 и 0,6 раза выше показателей по РФ (436,2 и 78,1 на 100 тыс. взрослого населения).

На протяжении рассматриваемого периода выраженной динамики возрастных показателей в РФ распространенности псориаза не наблюдается, но есть тенденция к снижению заболеваемости среди подростков на 18%. В АО идет тенденция снижения заболеваемости среди детей и подростков на 60 и 51% соответственно.

В 2018 году разброс показателей среди населения федеральных округов Российской Федерации составлял от 186,6 на 100 тыс. населения в Южном федеральном округе до 295,4 на 100 тыс. населения в Уральском федеральном округе. Показатели распространенности псориаза, превышающие среднероссийский (242,4), так же зарегистрированы в Северо-Западном (288,0), Северо-Кавказском (252,1), Приволжском (268,4), Дальневосточном (285,6) федеральных округах. В 2018 г. в АО – самая высокая распространенность псориаза из всех федеральных округов – 372,5 на 100 тыс. населения.

Выводы. На фоне некоторого прироста распространенности (+14%) псориаза среди всего населения Российской Федерации одновременно наблюдается снижение заболеваемости псориазом (-5,6%). В АО (+31%) и (-13%). Снижение заболеваемости псориазом наиболее выражено среди детей в возрасте 15-17 лет, составляя за 10-летний период 17,6%, в Амурской области на 49%.

К ВОПРОСУ О ДИСБИОЗЕ КИШЕЧНИКА У ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Корнищева В.Г., Вашкевич А.А., Кукушкина К.С.

Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Дисбиоз кишечника – это клинико-лабораторный синдром, связанный с изменением качественного и/или количественного состава микробиоты кишечника с последующим развитием метаболиче-

ских и иммунологических нарушений, которые могут оказывать влияние на течение дерматозов.

Цель. Выявление дисбиоза кишечника у пациентов с atopическим дерматитом, гнездной алопецией и себорейным дерматитом.

Материалы и методы. Обследовано 119 больных в возрасте от 18 до 72 лет, из которых у 51 больного был atopический дерматит (АД), у 53 – гнездная алопеция (ГА), у 15 – себорейный дерматит (СД). Дисбактериоз кишечника определяли с использованием бактериологического метода.

Результаты и обсуждение. При обследовании 119 больных с дерматозами дисбиоз кишечника I-II степени выявлен у 84 (70.5%) пациентов, из которых у 34 (66,7%) с АД, у 35 (66%) с ГА и у 15 (100%) с СД. У 30-52% больных дисбиоз кишечника сочетался с пролиферацией грибов рода *Candida*. В 40-59% случаев контаминацию грибами наблюдали у больных, имевших сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта (дискинезию желчевыводящих путей, хронический гастродуоденит, синдром раздраженного кишечника) в стадии неполной ремиссии. Носительство условно-патогенной микрофлоры (УПМ) в кишечнике у 84 больных не вызывало желудочно-кишечных расстройств, но поддерживало обострение дерматозов. Колонизация кишечника грибами рода *Candida* была одной из причин, способствующих частому и длительному рецидивированию atopического дерматита. У половины больных *Candida spp.* была в ассоциации с условно-патогенными бактериями (УПБ). Применение антибактериальной и глюкокортикостероидной терапии на фоне устойчивого дефицита нормальной бактериобиоты у пациентов приводило к увеличению представительства *Candida spp.* в составе микрофлоры желудочно-кишечного тракта.

У 94,3% больных ГА и дисбиозом кишечника выявлен повышенный рост УПБ: *Enterococcus*, *Klebsiella*, *Candida*, *St. aureus*, *Ps. aeruginosa*. При прогрессировании ГА, сопровождающегося усиленным выпадением волос, увеличением очагов облысения и появлением свежих очагов, дисбиоз II степени выявляли более чем в 4 раза чаще, чем у пациентов, имевших регрессирующую стадию заболевания. У 64,8% больных ГА дисбиоз был выявлен на фоне очагов хронической инфекции (хронический тонзиллит, гайморит, кариес зубов и др.). С нарастанием длительности и тяжести ГА увеличивалось выделение сочетанного роста УПБ. Выделение УПБ на фоне сниженного количества нормобиоты характерно для прогрессирующей стадии ГА. У больных с ГА дисбиоз кишечника сочетается с прогрессированием дерматоза.

Дисбиоз кишечника I-II степени выявлен у всех обследованных с СД. Диффузное выпадение волос у 75% пациентов с СД отмечено на фоне сни-

жения количества *E. Coli* с типичными свойствами и повышения роста *E. Coli* с измененными ферментативными свойствами.

Функциональное питание с применением пробиотика-метаболика, содержащего активные молочнокислые ацидофильные бактерии *Lactobacillus acidophilus*, продукты их метаболизма и антимицробные вещества натурального происхождения (по 2 столовые ложки 3 раза в день после еды в комплексе со стандартным лечением, 14 дней) было назначено 52 больным с дерматозами и дисбиозом. Включение пробиотика в терапию АД, СД способствовало уменьшению зуда и к 15 дню лечения у 80% пациентов его исчезновению. Функциональное питание оказало благоприятное действие на работу кишечника у всех больных с дерматозами: метеоризм и задержка стула разрешились к концу срока терапии.

Таким образом, выявление и коррекция дисбиоза кишечника является необходимым и перспективным направлением в ведении дерматологических больных.

КОМОРБИДНЫЙ ФОН ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ: АКЦЕНТ НА ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И НАЧАЛО ДЕБЮТА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Корольчук И.С., Кучерявый В.И., Коваленко Р.В.
Кубанский государственный
медицинский университет,
г. Краснодар

Цель исследования. Изучение частоты неинфекционной коморбидной патологии у больных с ревматоидным артритом (РА) в зависимости от гендерных особенностей и начала дебюта заболевания.

Материалы и методы. Провели ретроспективный анализ выписных эпикризов стационарных больных РА (n=365) из ГБУЗ «НИИ – ККБ №1 МЗ КК и ГБУЗ «Пластуновская ЦРБ» КК за период с 2016 по 2019 гг., выделили пациентов с коморбидным фоном (n=300), оценили частоту основной коморбидной патологии с учетом пола и начала дебюта РА. Метаболический синдром (МС) определяли на основании клинических рекомендаций – «Коморбидная патология в клинической практике», 2019. Для статистической обработки данных использовали компьютерную программу «Biostat».

Результаты. Проведенный анализ 365 выписных эпикризов показал, что 82,2% больных РА имели коморбидный фон (n=300), из них 113 мужчин (37,7%) со средним возрастом 47,6±2,23 лет и 187

женщин (62,3%) со средним возрастом 47,4±2,53 года. Исследуемые группы коморбидных больных РА были репрезентативны по полу, возрасту, продолжительности ревматоидного артрита (мужчины – 4,9±0,29 года и женщины – 5,1±0,24 года). Нами установлены наиболее значимые клинически патологии: лидировали сердечно-сосудистые заболевания с преобладанием артериальной гипертензии (59,7%). Далее с убывающей частотой выявлялось ожирение – 53,3%, анемия хронического воспаления – 44,0%, хроническая болезнь почек (ХБП) – 37,0% и СД 2 типа – 16,3%. Гендерных отличий в частоте встречаемости коморбидной патологии выявлено не было, кроме абдоминального ожирения и анемии: этот показатель был достоверно выше у женщин на 10,2% ($p=0,032$) и на 9,4% ($p=0,001$), соответственно. Учитывая значительный удельный вес нарушения нутритивного статуса в данной группе в сторону избытка массы тела или ожирения, что отмечалось в 84,3% случаев ($n=253$), была определена частота МС – более, чем у половины больных РА с коморбидным фоном ($n=178$; 59,5%), из них у 60 мужчин (33,7%) и 118 женщин (66,3%). Анализ частоты коморбидной патологии в зависимости от начала дебюта РА показал достоверно большую выявляемость данных заболеваний у пациентов с дебютом РА до 60 лет, и более всего в возрастном периоде 40-59 лет ($p<0,05-0,001$).

Обсуждение. Сравнивая полученные результаты с подобным исследованием, проведенным впервые в Краснодарском крае Оранским С.П. (2012-2016 гг.) на такой же по количеству выборке больных РА, мы получили подобную структуру коморбидной патологии, но с большим удельным весом наиболее значимых для сердечно-сосудистого прогноза заболеваний: АГ выявлялась чаще – в 1,5 раза, ожирение – почти в 2 раза, сахарный диабет 2 типа – в 4 раза, анемия – в 1,3 раза, ХБП – в 1,2 раза, причем их удельный вес в совокупности и по-отдельности был больше у больных РА с дебютом до 60 лет, чем после 60 лет ($p<0,001$). Кроме того, у женщин, страдающих РА, метаболический синдром встречался в 2 раза чаще, что противоречит литературным сведениям, показывающим большую частоту МС у мужчин.

Выводы. Частота коморбидной патологии у больных РА за последние 10 лет в Краснодарском крае значительно увеличилась: у половины больных диагностировали АГ, у каждого второго – анемию, у каждого третьего – ХБП и у каждого шестого – СД 2 типа. У женщин с РА в 2 раза чаще развивается МС, что подтверждено достоверно более частым, по сравнению с мужчинами выявлением абдоминального ожирения и атерогенной дислипидемии. Наибольшая частота коморбидной патологии при РА диагностирована у пациентов с дебютом заболевания в 40-59 лет и этот контингент, в особенности

женщины, являются группой высокого риска сердечно-сосудистых осложнений.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Корякова Н.В., Польская И.И.,
Марусенко И.М., Кулагина Т.И.

Петрозаводский государственный университет,
г. Петрозаводск

В Российской Федерации сахарный диабет (СД) 2 типа зарегистрирован у 4,2 млн. человек, что составляет 2,8% населения страны, но по результатам российского эпидемиологического исследования реальная численность больных СД 2 типа может достигать 5-5,5% взрослого населения, так как диагностируется только половина случаев заболевания. Заболеваемость ревматоидным артритом (РА) в Российской Федерации составляет 253,7 случаев на 100 тыс. населения. Во многих исследованиях продемонстрировано увеличение частоты встречаемости СД 2 типа у больных РА по сравнению с общей популяцией.

Цель. Оценить распространенность СД 2 типа у больных РА.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезней 737 пациентов с РА в возрасте 18 лет и старше из архива ревматологического отделения ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова» г. Петрозаводска.

Результаты и обсуждение. У 56 (7,6%) больных РА был зарегистрирован СД. Причинами нарушения углеводного обмена у больных РА стали СД 1 типа, СД 2 типа и СД, развившийся на фоне системной терапии глюкокортикостероидами (ГК). У 36 (4,8%) больных РА, которые не получали системную терапию ГК, был диагностирован СД 2 типа. Были проанализированы факторы риска развития СД 2 типа в исследуемой группе. СД 2 типа был диагностирован в возрасте старше 45 лет у 35 (97,2%) человек; избыточная масса тела и ожирение ($ИМТ \geq 25$ кг/м²) наблюдались у 26 (72,2%) пациентов; артериальная гипертензия (АГ) была выявлена у 28 (77,7%) человек; гипертриглицеридемия (уровень триглицеридов $>2,82$ ммоль/л) зарегистрирована только у 5 (13,8%) пациентов. У 21 (58,3%) пациента в этой группе наблюдалось сочетание 3 основных факторов риска, таких как возраст, избыточная масса тела или ожирение и АГ. У одного пациента СД 2 типа был диагностирован в возрасте младше 45 лет, но были

выявлены все остальные значимые факторы риска – ожирение, АГ и гипертриглицеридемия.

Распространенность СД 2 типа у больных РА в нашем исследовании превысила официальные цифры в нашей стране и приблизилась к ожидаемым показателям среди взрослого населения. Данные литературы показывают увеличение распространенности СД 2 типа у больных РА в 1,2-1,4 раза по сравнению с общей популяцией. Доказано, что воспалительные цитокины вмешиваются в работу инсулиновых рецепторов и внутриклеточного транспортера глюкозы в тканях, а также угнетают секрецию инсулина.

Выводы. Таким образом, наше исследование показало большую частоту СД 2 типа у больных РА. Сочетание РА и СД у пациента значительно увеличивает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, поражения периферических артерий, почек и сетчатки глаза, что неблагоприятно влияет на качество жизни и прогноз. Целесообразно проводить скрининг нарушений углеводного обмена у пациентов с РА, особенно при наличии факторов риска развития СД 2 типа.

ПРИ КОМОРБИДНОСТИ НЕСКОЛЬКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИКОВУЛЬСАНТАННЫХ СВОЙСТВ КУМАРИНОВ – ПРОИЗВОДНЫХ УМБЕЛЛИФЕРОНА

Косякова Г.П.¹, Яковлева Е.Е.¹, Мызников Л.В.¹,
Жемчужников А.Д.², Быков Д.С.²

¹Институт экспериментальной медицины,

²Санкт-Петербургский государственный
химико-фармацевтический университет,
Санкт-Петербург

Сосуществование у одного пациента двух или более заболеваний, синдромов или психических расстройств, связанных между собой единым патогенетическим механизмом или совпадающих по времени – это коморбидность. Причинная коморбидность вызвана параллельным поражением различных органов и систем, которое обусловлено единым патологическим агентом. В условиях коморбидности происходит сложное переплетение многих симптомов, снижается их первичная диагностическая ценность и, в то же время, различные проявления могут потенцировать друг друга, усиливая клинические симптомы, приводя к развитию «синдрома взаимного отягощения», так воспаление легких вызывает декомпенсацию сахарного диабета, умеренная анемия с сопутствующей ИБС может ухудшить функциональный

класс стенокардии. При воспалительном процессе любого генеза существуют судорожные приступы не эпилептического характера, спровоцированные факторами различной природы и развивающиеся после обострений любой коморбидности, на фоне лихорадки и иных патологических состояний. Применяемые в клинической практике противосудорожные средства представляют собой большую группу химических веществ, обладающих способностью подавлять или предупреждать судороги, вызванные разными судорожными агентами. Однако, по данным различных авторов ремиссию и длительное отсутствие приступов в настоящее время удается получить лишь у 70-80% пациентов. Такой процент эффективности существующей противоэпилептической терапии свидетельствует об актуальности новейших разработок в области фармакотерапии судорожных состояний при коморбидности заболеваний.

Цель работы. Изучение новых противосудорожных средств среди производных с кумариновым гетероциклом.

Такой процент эффективности существующей противоэпилептической терапии свидетельствует об актуальности новейших разработок в области фармакотерапии судорожных состояний и явилось изучение новых противосудорожных средств среди производных с кумариновым гетероциклом.

Материалы и методы. Эксперименты выполнены на белых мышах самцах массой 18-25 г. Судороги индуцировали внутрибрюшинным введением раствора никотина основания 14 мг/кг (LD₅₀ для никотина). Исследуемые соединения (LVM78, LVM92, LVM96, LVM98, LVM99) вводили внутрибрюшинно за 20 мин до инъекции никотина. Контрольные животные получали дистиллированную воду в эквивалентном объеме. Оценивали наличие и выраженность тремора, феномена Штрауба (напряженный вытянутый хвост), стадии «дикого бега» и клонико-тонических судорог. Также регистрировали продолжительность судорог и процент животных, погибших после судорог. Отдельно с помощью теста удерживания на перевернутой сетчатой платформе отмечали миорелаксирующую активность исследуемых веществ.

Результаты. Показано, что никотин в дозе 14 мг/кг (LD₅₀) при внутрибрюшинном введении вызывал клонико-тонические судороги у 100% мышей и в 50% случаев приводил к гибели животных. Соединения LVM92, LVM96 и LVM98 проявили противосудорожную активность в дозе 5 мг/кг, на 100% защищая животных от гибели после введения никотина. Для данных соединений показана также умеренная миорелаксирующая активность: внутрибрюшинное введение данных веществ приводило к снижению мышечного тонуса, выражавшемся в значимом затруднении удержания мышцами на перевернутой сет-

чатой платформе. Продолжительность никотиновых судорог достоверно уменьшалась в 1,7 раза при введении вещества LVM96 и в 1,5 раза при введении веществ LVM92 и LVM98, по сравнению с группой контроля. Соединение LVM78 в тесте никотиновых судорог в дозе 5 мг/кг антиконвульсантных свойств не проявляло. Введение соединения LVM99 приводило к уменьшению суммарной продолжительности судорог в тестируемой группе, что, однако, может быть связано с увеличением летальности животных (в 2 раза по сравнению с контролем) в первые минуты после введения никотина, выявленном на фоне применения данного соединения в дозе 5 мг/кг.

Заключение. Таким образом, в тесте никотиновых судорог установлено, что производные с кумариновым гетероциклом – соединения LVM92, LVM96 и LVM98 проявляют выраженное противосудорожное действие, механизм которого, по-видимому, заключается в блокаде центральных Н-холинорецепторов. Что свидетельствуют о перспективности дальнейшего поиска и разработки потенциальных противосудорожных средств среди соединений данного класса при лечении полиморбидности – множественности заболеваний у одного пациента. Это одна из самых сложных проблем, с которой приходится сталкиваться врачам при работе особенно с больными пожилого и старческого возраста. Взаимовлияние заболеваний изменяет классическую клиническую картину, характер течения, увеличивает количество осложнений и их тяжесть, ухудшает качество жизни, ограничивает возможности лечебно-диагностического процесса, нередко ухудшает жизненный прогноз. С возрастом происходит «накопление» хронических заболеваний при которых нередко бывают судороги разного генеза.

АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ

Котова Ю.А., Красноруцкая О.Н., Зуйкова А.А.,
Страхова Н.В., Бугримов Д.Ю.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Цель исследования. Оценить распространенность и структуру анемического синдрома у амбулаторных пациентов.

Материалы и методы. Данное исследование проводилось на базе БУЗ ВО Воронежская городская клиническая поликлиника №2. Материалом исследования стали 138 медицинских амбулаторных карт больных терапевтического и гастроэнтерологического профиля, прикрепленных к БУЗ ВО ВГКП №2.

Результаты исследования. В результате анализа 138 амбулаторных карт больных, из которых 65,7% женщин и 34,3% мужчин. При изучении возрастной структуры были получены следующие результаты: показатели частоты распространенности анемического синдрома среди лиц старше 60 лет – 57,9%, среди лиц младше 60 лет – 42,1%.

Анализ результатов исследования причин возникновения анемического синдрома в общей группе показал, что больные с гинекологическими заболеваниями составили 24%, больные с язвой 12^т – перстной кишки (в т.ч. с состоявшимися кровотечениями) – 21%, больные с язвой желудка (в т.ч. с состоявшимися кровотечениями) – 32%, больные с заболеваниями пищевода – 8%, онкологические больные – 10%, больные с нарушением режима питания и калорийности – 5%.

Результаты анализа полученных данных позволяют также определить, что наиболее распространенная форма анемии – железодефицитная – встречалась в 63%. В₁₂-дефицитная анемия выявлена в 19%, фолиеводефицитная – в 6%, апластическая/неуточненная анемия – в 12% случаев.

В результате исследования было также установлено, что больные с легкой степенью тяжести анемии составили большую часть пациентов с анемическим синдромом на данном терапевтическом участке равную 74%. Больные со средней степенью тяжести анемии составили 18%, тяжелой – 8%.

В ходе исследования нельзя не оставить без внимания и количество амбулаторных карт, в которых анемия не была вынесена в диагноз. Из 318 карт пациентов с анемическим синдромом, лишь в 37% данный синдром нашел отражение в диагнозе.

Выводы. Анемический синдром у амбулаторных пациентов чаще всего встречается у женщин. У лиц в возрастном диапазоне старше 60 лет анемический синдром наблюдается чаще. Среди причин возникновения анемического синдрома у амбулаторных больных чаще всего выступают заболевания ЖКТ.

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ СРЕДИ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Котова Ю.А., Красноруцкая О.Н., Зуйкова А.А.,
Страхова Н.В., Бугримов Д.Ю.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Цель исследования. Оценить эффективность диагностики и лечения различных типов первичной головной боли среди пациентов городской поликлиники г. Воронежа.

Материалы и методы. В ходе выполнения работы был проведен опрос 80 пациентов, обратившихся к участковому терапевту, с основной жалобой на головную боль. Применялся опросник, составленный с использованием диагностических критериев МКГБ-2, который направлен на выявление типа головной боли. Данные обрабатывались с помощью программы Statistica 23.0.

Результаты исследования. Средний возраст пациентов составил $55,2 \pm 5,3$ года, 85% обратившихся за помощью составляют женщины.

Среди данной выборки пациентов было выявлено три типа первичной головной боли: головная боль напряжения 60%, мигрень 20%, кластерная головная боль в 5% случаев и вторичная головная боль, возникающая при эпизоде подъема АД – 10%, при этом в одном из случаев мигрень сочеталась с головной болью напряжения 5%. 60% опрошенных обратились на прием в связи с усилением болевого синдрома и увеличением частоты приступов ГБ, 25% больных – за консультацией по подбору лечения, у 10% больных приступ мигреноподобной боли возник впервые. Подавляющее большинство пациентов 75% отмечают, что длительно страдают головной болью, в течение нескольких лет. На вопрос о частоте приступов ГБ 65% пациентов отвечают, что головная боль возникает эпизодически, менее 15 дней в месяц, 25% испытывают головную боль свыше 15 дней в месяц, 10% постоянно испытывают головную боль, с различной интенсивностью. Лишь 20% опрошенных не испытывают никаких сопутствующих симптомов, остальные указывают на тошноту, рвоту, повышение АД, неприятные болевые ощущения в глазах. 90% (пациентов чувствуют себя хорошо после окончания приступа ГБ. Основным провоцирующим фактором является стресс 65%, 5% связывают ГБ с менструальным циклом, 30% с нарушением режима труда и отдыха, избыточным переутомлением. 85% респондентов указывают, что купируют приступ головной боли приемом НПВС, триптаны принимают 10% больных, антидепрессанты – 10%, комбинированные препараты 20%. 30% пациентов ежедневно применяют какой-либо лекарственный препарат по причине ГБ.

35% опрошенных испытывают хроническую головную болью, но лишь 15% получали профилактическое лечение (метаболическая терапия в условиях дневного стационара).

Выводы. Анализируя полученные данные, можно сделать следующие выводы: проведение тщательного опроса пациента позволяет установить тип головной боли, не прибегая к

инструментальным и лабораторным методам исследования, поэтому при первичном обращении пациента при соответствии клинической картины диагностическим критериям необходимо выставить диагноз первичной головной боли и сразу назначить адекватную терапию, что позволит улучшить качество жизни пациентов. Основной встречаемой формой головной боли является головная боль напряжения, при этом 20% приходится на хроническую головную боль напряжения с неконтрольным приемом лекарственных средств, что не может исключать возникновение абзусной головной боли. Это требует проведение профилактической терапии согласно Международным рекомендациям. Оценивая получаемое лечение по поводу возникновения головной боли, можно сделать вывод о том, что большинство пациентов самостоятельно принимают обезболивающие препараты, превышая необходимые дозировки лекарственных средств.

НАРУШЕНИЕ СНА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Котова Ю.А., Красноруцкая О.Н., Зуйкова А.А.,
Страхова Н.В., Бугримов Д.Ю.

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

Цель исследования. Определить роль и влияние нарушения сна в течение бронхиальной астмы у пациентов амбулаторного профиля.

Материалы и методы исследования. Исследование было проведено на базе БУЗ ВО «ВГКП №4». В исследовании приняли участие 120 человек от 18 до 70 лет с диагнозом бронхиальная астма. Среди них 72 женщины и 48 мужчин. Для исследования использовались: анкета для оценки контроля астмы «АСТ», шкала тяжести инсомнии по Ch. Morin, шкала оценки качества сна «Sleep Quality Scale», а также опросник «САН» для оценки эмоционально-волевой сферы. В качестве дополнительных критериев оценки пациентов были внесены: стаж заболевания, выбор препаратов для лечения бронхиальной астмы и коррекции сна используемое пациентом.

Результаты исследования. По результатам анкетирования АСТ из 120 опрошенных, неконтролируемое течение астмы выявлено у 60 человек, частично контролируемое у 32 человек и хорошо контролируемое течение у 28 человек. Среди боль-

ных БА с неконтролируемым типом течения у 36 из них стаж заболевания составил 30 лет и более, у 16 человек – 20 лет и лишь у 8-х стаж заболевания составил менее 10 лет; среди пациентов с частично контролируемым типом течения у 24 человек стаж заболевания составил менее 10 лет, у 8-х 20 лет и более; среди больных БА с хорошо контролируемым типом течения у всех стаж заболевания составил менее 10 лет.

По результатам шкалы тяжести инсомнии по Ch. Morin: 36 человек страдают легкой степенью инсомнии, 28 человек имеют среднюю степень инсомнии и у 10 человек выявлена тяжелая степень инсомнии (тяжелая клиническая бессонница). По результатам исследования эмоционально-волевой сферы по методике “САН” у пациентов с нарушениями сна (42 человека) выявлены по шкале самочувствия у 44 опрошенных отмечались хорошие показатели, у 24 средние значения и у 20 из них плохие, по шкале активности у 48 человек отмечались низкие показатели активности, у 28 средние значения и у 12 человек высокие показатели, по шкале самочувствия у 40 человек отмечались низкие показатели самочувствия, у 20 средние значения и 24 человек низкие показатели самочувствия. По результатам анкетирования среди пациентов самостоятельно принимающих снотворные препараты (24 человека) 16 имеют неконтролируемое течение, 8 имеют частично контролируемое течение астмы, среди пациентов принимающих снотворные по рекомендациям врача (32 человека) 12 человек (принимают Мелаксен) и имеют хорошо контролируемое течение, 20 имеют частично контролируемое течение (принимают Диазепам или Афобазол).

По полученным данным в ходе опроса пациентов на взаимосвязь приема препаратов для лечения бронхиальной астмы и нарушениями сна, выявилось: среди пациентов с нарушениями сна пациенты, принимающие такие препараты как Фенотерол или Сальбутамол имели легкую степень инсомнии, пациенты, принимающие на постоянной основе Кетотифен или Эфедрин имели среднюю степень тяжести инсомнии, пациенты принимавшие Теофиллин имели тяжелую степень инсомнии (тяжелая клиническая бессонница).

Выводы. Среди пациентов с бронхиальной астмой инсомния довольно распространенное явление, так как она зарегистрирована у двух третьих опрошенных, однако в большинстве случаев она имеет легкую или среднюю степень тяжести. Исследование показало, что применение препаратов для коррекции сна, назначенные врачом, благоприятно влияют на течение бронхиальной астмы.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА ПРИ ОЖИРЕНИИ

Котрова А.Д.¹, Шишкин А.Н.¹,

Ермоленко Е.И.^{1,2}, Сарайкина Д.А.¹

¹Санкт-Петербургский государственный университет,

²Институт экспериментальной медицины,

Санкт-Петербург

Цель исследования. Рассмотреть количественные и качественные изменения микробиоты кишечника у пациентов с ожирением.

Материалы и методы. Были отобраны и проанализированы образцы фекалий от пациентов с индексом массы тела >30 кг/м². Использовался метод полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (ПЦР-РВ). Для проведения ПЦР использовался набор реагентов «Колонофлор-16» (Россия).

Результаты. В микробиоте кишечника пациентов, страдающих ожирением, отмечено резкое снижение числа лактобацилл и энтерококков в сравнении с референсными значениями. При этом увеличено число протеобактерий родов *Enterobacter* и *Citrobacter*. На видовом уровне отмечено снижение количества *Escherichia coli* и *Bacteroides thetaiotaomicron*.

Выводы. У пациентов с ожирением обнаруживаются изменения соотношения бактерий толстой кишки как на уровне типа, так и на уровне вида. У данной группы пациентов отмечается заметное снижение доли бактерий порядка *Lactobacillales*. Для подтверждения выявленных особенностей микробиоты у пациентов с ожирением требуется их дальнейшее изучение с большим числом образцов.

СИНДРОМ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Коцюбинская Ю.В.

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева,

Санкт-Петербург

Синдром болевой дисфункции (СБД) – одна из самых распространенных патологий височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), с которой неразрывно связана дискоординация работы жевательных мышц и, в первую очередь, – латеральной крыловидной мышцы. В настоящее время СБД ВНЧС не считается исключительно локальным расстройством, а, скорее, рассматривается как клинический исход совместного воздействия множества

факторов (местных и системных), действующих одновременно и определяющих, в конечном счете, манифестацию заболевания.

Цель исследования. Объективизация и актуализация жалоб на боль в области лица, сниженный фон настроения у пациентов с СБД ВНЧС.

Материалы и методы. Обследовано 102 пациента с СБД ВНЧС (Код МКБ – K07.8). Средний возраст обследованных составил $48,3 \pm 0,7$ года (от 18 до 75 лет). Женщины составили большинство – 94 (92,1%) человека против 8 (7,8%) мужчин. Длительность заболевания у 79 (77,5%) человек колебалась от 1 месяца до 5 лет (в среднем – 11,6 месяцев), а у 23 человек (22,5%) была свыше 5 лет. Для бальной оценки болевых ощущений использовалась «Вербальная описательная шкала оценки боли» (ВАШ).

Результаты и обсуждение. В результате комплексного подхода к осмыслению болевого феномена стало ясно, что целостную оценку клинического состояния пациентов с СБД ВНЧС необходимо проводить в рамках многомерной биопсихосоциальной концепции и с учетом влияния хронической боли и мышечной дисфункции на эмоциональный фон больного. У пациентов с СБД ВНЧС болевые феномены мышечно-тонических нарушений в орофациальной области имеют ряд форм и особенностей. Формы проявления болевого синдрома следующие: приступообразная боль; постоянная боль; боль, появляющаяся после речевой или жевательной нагрузки; боли по типу «ноющих», появляющиеся преимущественно в ночное время. Наибольшая интенсивность боли обычно отмечается в жевательной мускулатуре при жевании и при нагрузке (длительной речевой нагрузке, откусывании больших кусков еды) – более 5 баллов по ВАШ, а также при приступообразном характере болей в области ВНЧС или локальной боли в области ВНЧС – более 5 баллов по ВАШ. У пациентов с СБД ВНЧС болевые феномены мышечно-тонических нарушений в орофациальной области имеют ряд форм и особенностей. Формы проявления болевого синдрома следующие: приступообразная боль; постоянная боль; боль, появляющаяся после речевой или жевательной нагрузки; боли по типу «ноющих», появляющиеся преимущественно в ночное время. Чувство дискомфорта в области напряженной мышцы и в участках отраженной мышечной боли *m. masseter* (иррадиация в подглазничную область, верхнюю челюсть, надбровье, висок), *m. temporalis* (иррадиация в надбровную область, висок, область носа), *m. pterygoideus medialis/lateralis* (иррадиация в околоушную область, переднюю поверхность шеи, нижнюю челюсть). У пациентов с СБД ВНЧС болевые феномены мышечно-тонических нарушений в орофациальной области имеют ряд форм и особенностей.

Выводы. Основные симптомы заболевания проявляются в виде болезненности при жевании, чувства неудобства при смыкании зубов, щелканья в суставе, ограничения движения нижней челюсти.

ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ОКОЛОЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОДИАЛИЗОМ

Кошечева Т.А.¹, Степочкина А.М.¹, Соин П.В.^{1,2},
Мазуренко С.О.¹, Старосельский К.Г.²

¹Санкт-Петербургский государственный университет,

²Городская больница №26,

Санкт-Петербург

Нарушение функции околощитовидных желез у больных с хронической болезнью почек является серьезной проблемой современной медицины, так как сопровождается поражением опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы, внутренних органов.

Цель исследования. В исследовании поставлена цель – определить связь между функцией околощитовидных желез и качеством жизни больных, получающих лечение гемодиализом.

Материалы и методы. Была изучена функция околощитовидных желез у 112 пациентов, получающих программный гемодиализ от 8 до 325 месяцев (медиана 58, квартили 28-107 месяцев) на отделении диализа «Городская больница №26» (Мужчины – 64, Женщины – 48). Возраст пациентов $57,89 \pm 14,31$ лет. Изучались уровни ПТГ, кальция, фосфора, ЩФ, общего белка, анамнез пациентов, для оценки качества жизни применялись опросник EQ-5D-5L (в сочетании с визуализирующей аналоговой шкалой) и FACT-An. Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью программы StatSoftStatistica v.6.0.

Результаты и обсуждение. В изученной группе иПТГ превышал лабораторные нормы и колебался от 1 до 286,7 пмоль/л (медиана 43,7, 21,5-83,2 пмоль/л). Показатель качества жизни по шкале Fact-AnTotal слабо отрицательно коррелировал с длительностью получения лечения гемодиализом ($r = -0,25$; $p < 0,05$). Среди опрошенных пациентов не было выявлено четкой связи показателей качества жизни с полом, ИМТ. 27 пациентов имели в анамнезе указание на резекцию околощитовидных желез. В группе пациентов, у которых была проведена резекция ОЩЖ, были выявлены положительная корреляция

между индексом EQ-5D-5L и уровнем ионизированного кальция ($r=+0,47$; $p<0,05$) и отрицательная корреляция между индексом EQ-5D-5L и уровнем щелочной фосфатазы ($r=-0,46$; $p<0,05$). В группе больных, не претерпевших резекцию околощитовидных желез, таких зависимостей выявлено не было. 11 пациентов имели в анамнезе указание на трансплантацию почки. В этой группе была выявлена достоверная положительная корреляция между индексом EQ-5D-5L и уровнем ПТГ ($r=+0,79$; $p<0,05$). У пациентов, у которых в анамнезе было указание на резекцию околощитовидных желез и трансплантацию почки, индекс EQ-5D-5L был ниже, чем у тех, у пациентов, которым резекция околощитовидных желез не выполнялась ($p<0,05$).

Выводы. Отрицательное влияние на показатели качества жизни пациентов оказывала продолжительность заместительной почечной терапии, у пациентов после резекции околощитовидных желез – повышенный уровень щелочной фосфатазы. Положительное влияние на качество жизни оказывал уровень ионизированного кальция. Пациенты с указанием в анамнезе на трансплантацию почки и резекцию околощитовидных желез имели худшие показатели качества жизни в сравнение с пациентами, которым резекция не выполнялась.

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Красноруцкая О.Н., Зуйкова А.А.,
Бугримов Д.Ю., Котова Ю.А.

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

Цель исследования. Определить качество жизни больных, страдающим ЦВБ ДЭП I, II и III стадии с безинсультным течением, а также перенесшим ОНМК, в зависимости от выраженности клинических проявлений заболевания.

Материалы и методы. Для сбора необходимых данных проводилась личная беседа с пациентами, их осмотр, а также изучение амбулаторных карт, необходимых дополнительных методов исследования, результаты которых находились на руках у больных и их родственников. Информация, полученная при этом, заносилась в карту пациента – «Комплексная гериатрическая оценка». Также был вычислен индекс коморбидности Чарлсона и связанный с ним процент десятилетней выживаемости.

Результаты исследования. В ходе исследования было обследовано 40 больных, из которых 37,5% (15 человек) имели ОНМК в анамнезе, у 62,5% (25 человек) наблюдалось безинсультное течение ДЭП. В первой группе больных было выявлено лиц с ДЭП 2 стадии 73%, с ДЭП 3 стадии 27%. При этом лишь у 60% из лиц, перенесших ОНМК, были данные нейровизуализации (МРТ, РКТ), подтверждающие наличие данного происшествия в анамнезе. Во второй группе больных распределение пациентов по стадиям было таковым: ДЭП 1 стадии 8%, ДЭП 2 стадии 92%. В группе больных с безинсультным течением данные МРТ или РКТ были в наличии только у 32%. В данном случае диагноз подтверждался данными анамнеза пациентов и их родственников, объективным осмотром. Среди пациентов первой группы было выявлено 60% с легкой степенью зависимости от окружающих. У 20% опрошенных была установлена умеренная степень зависимости. У 13% пациентов выявлена выраженная степень зависимости от окружающих. Среди опрошенных без ОНМК в анамнезе 8% пациентов полностью независимы от окружающих. В 76% случаев наблюдалась легкая степень зависимости от окружающих, которая также выражалась в сложности подъема по лестнице. У 16% выявлена умеренная степень зависимости от окружающих (сложности в подъеме по лестнице, одевании, приеме ванны).

Рассматривая результаты опроса и осмотра, а также вычисления индекса коморбидности Чарлсона и процента десятилетней выживаемости, среди всех обследованных, удалось выявить ряд корреляционных зависимостей между различными критериями. Так, отрицательная корреляционная зависимость была обнаружена между возрастом пациента и баллом по краткой шкале оценки психического статуса MMSE ($r=-0,354$, $p=0,025$). Удалось установить отрицательную корреляционную зависимость между индексом коморбидности Чарлсона и баллом по шкале базовой активности в повседневной жизни (индекс Бартел) ($r=-0,551$, $p=0,000$), а также баллом по шкале MMSE ($r=-0,461$, $p=0,003$). Выявлена положительная корреляционная зависимость между баллом по шкале базовой активности в повседневной жизни (индекс Бартел) и процентом десятилетней выживаемости ($r=0,566$, $p=0,000$).

Выводы. при сравнении группы пациентов с ОНМК в анамнезе с больными с безинсультным течением ЦВБ ДЭП были выявлены существенные различия в качестве жизни, связанные в первую очередь с большей зависимостью от окружающих, а также более значительными когнитивными нарушениями у больных, перенесших инсульт. При сравнении пациентов, разделенных на группы по другим признакам, было выявлено колоссальное влияние на

качество жизни наличие постоянного трудоустройства и наличия депрессии. При выявлении корреляционных зависимостей среди всех исследованных признаков было выявлено значительное влияние на качество жизни степени повседневной активности.

ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА

**Красноруцкая О.Н., Зуйкова А.А., Котова Ю.А.,
Страхова Н.В., Бугримов Д.Ю.**
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Цель исследования. Оценить распространенность ХЗВ среди пациентов терапевтического участка амбулаторно-поликлинического учреждения.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе БУЗ ВО ВГКП №4 г. Воронеж. Обследовано 95 человек. Средний возраст составил 60 ± 5 лет.

Методы исследования были представлены тщательным сбором жалоб и анамнеза, клиническим осмотром, инструментальными и лабораторными методами обследования. Для оценки качества жизни больных использовали опросник для пациентов с ХЗВ Chronic Venous Insufficiency Questionnaire (CIVIQ-2), включающего в себя 20 вопросов. Согласно опроснику, оптимальному состоянию пациента соответствует минимальное количество баллов.

Результаты исследования. Среди обследуемых больных у 33,7% пациентов было диагностировано хроническое заболевание вен нижних конечностей. Из них, посттромботическая болезнь в 3%, варикозная болезнь нижних конечностей (ВБНК) 1 степени составила 15%, ВБНК 2 степени – 64%, ВБНК 3 степени – 18%. От общего количества обследованных лиц преобладающее число составили больные женского пола (95%). При сборе анамнеза у 47% пациентов был обнаружен остеоартроз коленных и голеностопных суставов. Артериальная гипертензия сопровождала ХЗВ в 78% случаев. Ожирением страдали 62% пациентов. У 7 больных был тромбоз глубоких вен.

Пациенты с сочетанием ХЗВ и остеоартрозом коленных и голеностопных суставов чаще жаловались на боли в нижних конечностях и их интенсивность, чем больные с другой сопутствующей патологией, что подтверждается максимальными баллами в

пунктах (1, 2, 3, 4, 5, 7, 11, 18) опросника CIVIQ-2, свидетельствующих о той или иной степени выраженности болей.

Во всех случаях, по мнению пациентов, причиной развития ХЗВ являются чрезмерные физические нагрузки на нижние конечности, связанные с профессиональными и бытовыми факторами. В первую очередь повлиял образ жизни – гиподинамия (83% случаев), длительная статическая нагрузка (74%), избыточная масса тела (62%). Среди пациентов были выделены несколько распространенных профессий, входящих в категорию риска по развитию хронической венозной недостаточности – продавец (21% от общего числа больных с патологией вен нижних конечностей), парикмахер (6%), врач-хирург (6%), провизор (12%), футболист (6%) – все они вынуждены проводить длительное время стоя.

По степени выраженности хронической венозной недостаточности мы разделили пациентов на 2 группы: 1 группа – пациенты с телеангиэктазиями и ВБНК I степени, 2 группа – посттромботическая болезнь и ВБНК II-III степени. По данным опросника CIVIQ-2, в первой группе качество жизни было удовлетворительным и жалобы предъявлялись исключительно на косметический дефект (средний балл по шкале CIVIQ-2 составил 14). У больных второй группы качество жизни приближалось к максимально сниженному (количество баллов находилось в диапазоне 80 ± 10).

Выводы. Значительное снижение качества жизни по данным опросника CIVIQ-2 наблюдалось при посттромботической болезни, варикозной болезни нижних конечностей (ВБНК) 2-3 степени. Таким образом, на основании предоставленных данных можно однозначно сказать, что распространенность ХЗВ среди больных очень велика, и необходимо выявлять данную патологию заранее, на начальных стадиях, предупреждая развитие осложнений и снижения качества жизни.

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С БОЛЬЮ В ГРУДИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА

**Красноруцкая О.Н., Зуйкова А.А., Котова Ю.А.,
Страхова Н.В., Бугримов Д.Ю.**
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Цель исследования. Оценить варианты клинических проявлений, особенности течения, диагно-

стики больным с синдромом боли в груди на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Материалы и методы. Материалом послужили данные обследования 141 пациента, обратившихся за амбулаторной помощью в БУЗ ВО ВГП№10. Все пациенты были проанкетированы с помощью опросника боли DN4, болевой шкалы LANSS, опросника Освестри. Учитывались данные анамнеза, объективного осмотра, клинических и инструментальных методов обследования (ЭКГ, рентгенография), ретроспективный анализ амбулаторных карт (учетная форма 025/у).

Результаты исследования. В ходе научного исследования среди 141 пациентов, обратившихся за амбулаторной помощью на терапевтических участках, было выделено 100 больных, имеющих симптомы боли в груди. В результате анализа полученных данных анкетирования и обследования больных, причины возникновения синдрома боли в груди были разделены на 2 основные группы: коронарогенные, что составило 52% и некоронарогенные, которые составили 48%.

В свою очередь в группе коронарогенных причин была выделена подгруппа – больные с признаками ИБС (стабильная стенокардия напряжения) в количестве 26 человек, что составило 52% от общего количества исследуемых больных. А в группе некоронарогенных – 4 подгруппы: больные с клиническими признаками заболеваний позвоночника (остеохондроз) и ребер (межреберная невралгия) – 22%, пациенты с заболеваниями органов брюшной полости (ГЭРБ, хронический панкреатит в стадии обострения) – 14%, с психогенным болевым синдромом – 6% и с болевым синдромом, обусловленным инфекционным заболеванием легких и плевры (пневмония, плеврит) – 6%.

Пациентам из I группы было предложено сначала посидеть в покое 15 минут. Если симптоматика не купировалась самостоятельно – давали 1 таблетку нитроглицерина (0,5 мг) сублингвально. Проанализировав данные, было установлено, что болевой синдром купировался самостоятельно в течение 10-15 минут у 57,7% обратившихся больных. Пациентам из II группы, после проведения комплексного обследования и подтверждения наличия патологии позвоночника и ребер, были назначены НПВС и миорелаксанты под прикрытием блокаторов протонной помпы. При этом 54,6% обратившихся пациентов был показан прием исключительно НПВС, а 45,4% было рекомендовано принимать НПВС совместно с миорелаксантами. III группе пациентов, в зависимости от поражения того или иного органа брюшной по-

лости, были назначены различные комбинации препаратов: спазмолитики, блокаторы протонной помпы, прокинетики, пищеварительные ферменты, антациды. Анализ данных больных с психогенным болевым синдромом (IV группа) выявил, что у 66,7% наблюдалась положительная динамика лишь при отвлечении внимания больного от беспокоящих его проблем без использования лекарственных средств. 33,3% пациентов из V группы в рамках терапевтического участка была назначена этиологическая терапия для лечения основного заболевания (антибиотикотерапия) с динамическим наблюдением у участкового врача терапевта. А 66,7% больных были направлены на госпитализацию в пульмонологический стационар для дальнейшего обследования, наблюдения и лечения.

Выводы. По данным объема оказания медицинской помощи, установлено, что при условии быстрой и верной диагностики этиологического заболевания, вызывающего синдром боли в груди, в 96% случаев есть возможность оказать эффективную и своевременную помощь в рамках амбулаторного терапевтического участка.

ВЛИЯНИЕ ДИСПЛАЗИИ СТРУКТУР СЕДЦА НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ФУТБОЛИСТОВ

Криволап Н.В.

Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького,
г. Донецк, Украина

Введение. Профессиональный спорт все чаще рассматривается как комплекс факторов риска кардиальных проявлений, а спортсмены – как своеобразная «группа риска» развития сердечно-сосудистых заболеваний, ибо под воздействием длительных и интенсивных тренировок «включается» в патологический процесс ранее себя не проявляющая фоновая патология, в частности диспластическая кардиопатия (ДКП).

Цель. Проанализировать показатели адаптации к тренировочной нагрузке в современном футболе в зависимости от наличия проявлений недифференцированной дисплазии соединительной ткани.

Материал и методы. 237 спортсменов мужского пола в возрасте 13-30 лет. ЭхоКГ выполняли на аппарате «Sonomed-500» (РФ), определение физической работоспособности (ФР) по тесту

PWC170 – методом велоэргометрии. Анализировали коэффициенты адаптации (КА) (соотношение между массой миокарда (ММ) и конечно-диастолическим объемом (КДО) левого желудочка (ЛЖ) и уровнем ФР (З.Б. Белоцерковский, 2002)).

Результаты и обсуждение. 42 футболиста (основная группа) с различными проявлениями ДКП («неклассический» пролапс митрального клапана, аномально расположенные хорды, открытое овальное окно), 44 футболиста (контрольная группа) – без ДКП, где показатели PWC170 и PWC170/ММ оказались достоверно выше, чем в основной. Прослеживалась закономерность в виде достоверного снижения показателей PWC170, PWC170/кг и КА (PWC170/КДО и PWC170/ММ) в основной группе после 8-ми лет спортивного стажа. В этот период, несмотря на систематический характер тренировок и адаптационные изменения структурных параметров сердца (увеличение ММ и КДО), функциональные возможности футболистов с проявлениями ДКП достоверно снижались (что совпадало с началом сенситивного периода развития качества выносливости).

Выводы. В контрольной группе, в отличие от основной, несмотря на постепенное увеличение ММ и КДО, показатели ФР и КА постоянно находились в пределах величин, превышающих средние, а также гармонично увеличивались с ростом тренировочного стажа, что свидетельствует об эффективности у них адаптационных механизмов.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСОБЕННОСТЕЙ РАЗВИТИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МУЖЧИН МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА В ПОДОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Кудинова А.Н., Сотников А.В., Епифанов С.Ю.,
Гордиенко А.В., Носович Д.В.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценка факторов риска развития и прогрессирования легочной гипертензии (ЛГ) в подостром периоде инфаркта миокарда (ИМ) у мужчин моложе 60 лет для улучшения мероприятий профилактики.

Материалы и методы. В исследование включены мужчины в возрасте от 18 до 60 лет с инфарктом миокарда, которым в первые 48 ча-

сов (1) и в конце третьей недели заболевания (2) выполнялся стандартный диагностический алгоритм, включавший сбор жалоб, анамнеза, физикальное обследование, лабораторные и инструментальные методы исследования, в том числе ЭКГ с количественным анализом, эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ) с определением среднего давления в легочной артерии (срДЛА) по методу А. Kitabatake. Пациентов разделили на три группы: I – исследуемая, с возникшей на фоне инфаркта миокарда легочной гипертензией – 84 пациента; II – с нормальным уровнем срДЛА в подостром периоде инфаркта миокарда – 183 пациента; III группа – 184 пациента с повышенными уровнями среднего давления в легочной артерии в обе точки исследования.

Результаты. В ходе исследования установлено, что основными факторами риска развития ЛГ в подостром периоде ИМ служат брадикардия на ЭКГ в анамнезе (23,5; 14,4%, $p=0,0406$), наличие хронического нарушения мозгового кровообращения (67,9; 56,2%, $p=0,0462$), тенденция к брадикардии при физикальном обследовании (27,0; 8,1; $p<0,0001$), более низкие, чем в контрольных группах, показатели сердечного выброса ($4,2\pm 1,5$; $4,8\pm 2,0$, $p=0,0178$), сердечного индекса ($2,0\pm 0,7$; $2,4\pm 1,0$, $p=0,0016$), массы миокарда левого желудочка ($297,7\pm 97,5$; $321,0\pm 98,9$, $p=0,0492$), индекса массы миокарда левого желудочка ($143,2\pm 38,5$; $159,0\pm 46,6$, $p=0,0129$) в первые 48 часов заболевания; более высокие уровни концентрации натрия в плазме крови ($141,0\pm 5,7$; $138,7\pm 4,7$ ммоль/л, $p=0,0069$) в первые 48 часов заболевания, коэффициента атерогенности ($4,6\pm 2,1$; $5,8\pm 2,3$, $p=0,0070$) в конце третьей недели заболевания, чем у пациентов контрольных групп. Риск развития легочной гипертензии в подостром периоде инфаркта миокарда достоверно увеличивается у пациентов, уровень систолического давления которых в первые 48 часов достигает 160 мм рт.ст. и более, величина общего периферического сосудистого сопротивления $\geq 1605,7$ дин*с*см⁻⁵; в конце третьей недели заболевания – уровень среднего артериального давления 93,3 и более мм рт.ст., уровень диастолического артериального давления 75 и более мм рт.ст.

Выводы. Пациенты, у которых за период стационарного лечения по поводу ИМ определяются вышеперечисленные факторы, предрасполагающие к развитию ЛГ, должны быть выделены в группу риска с последующим наблюдением на постгоспитальном этапе с целью исключения возможности прогрессирования данного патологического состояния, полноценной профилактики его и своевременного назначения лечения.

ПРИВЫЧНЫЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕЙСТВИЯ У ДЕТЕЙ С КОМОРБИДНОСТЬЮ ЭПИЛЕПСИИ И РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Кудлач А.И.

Белорусская медицинская академия
последипломного образования,
Минск, Республика Беларусь

Введение. Расстройства аутистического спектра (РАС) являются распространенной психоневрологической патологией в детском возрасте. Они проявляются ограничением интересов, аномальным сенсорным восприятием, стереотипиями в поведении и нарушением социального взаимодействия. Одним из часто встречающихся коморбидных нарушений при РАС является их сочетание с эпилепсией. Литературные данные о распространенности этой сочетанной патологии значительно вариабельны и колеблются в диапазоне от 5 до 46%. В среднем, у 30% детей с РАС развивается судорожный синдром. В то же время аутистические симптомы выявляются примерно у 30% пациентов с эпилепсией. Сходство этиопатогенетических механизмов развития данной коморбидности является основой для применения единого терапевтического подхода к этим двум заболеваниям. Таким подходом является лечение при помощи протипоэпилептических лекарственных средств (ПЭЛС). Кроме основного действия – купирования приступов и нормализации ЭЭГ – у детей с коморбидностью эпилепсии и РАС ПЭЛС могут быть эффективны в плане улучшения коммуникативных навыков и поведения.

Цель исследования. Установить влияние ПЭЛС на представленность и выраженность патологических привычных действий (ППД) у детей с коморбидностью эпилепсии и РАС.

Материалы и методы. Проведено когортное ретроспективное изучение представленности и выраженности ППД у пациентов детского возраста с РАС (F84) в сочетании с эпилепсией/судорожным синдромом (G40/R56) в зависимости от применяемых у них ПЭЛС. В исследование было включено 42 пациента, возраст которых составлял от 6 до 14 лет (средний возраст 10 лет 3 месяца \pm 24,3 месяца). Все пациенты, включенные в исследование, в течение от одного года до трех лет находились на стартовой монотерапии одним из следующих ПЭЛС: вальпроевая кислота, топирамат, иминостельбены, леветирацетам или ламотриджин. Мы осуществили анализ представленности и выраженности различных вариантов ППД в указанной когорте пациентов до назначения терапии ПЭЛС и через 1-3 года от начала ее применения.

Результаты и обсуждение. Сравнительный анализ полученных данных позволил установить следующее. До назначения ПЭЛС у детей с коморбидностью эпилепсии и РАС в настоящем исследовании ППД были представлены сосанием пальцев и языка у 71,4% (n=30), яктацией у 52,4% (n=22), допубертатной мастурбацией у 61,9% (n=26), онихофагией у 28,6% (n=12), трихотилломанией у 23,8% (n=10) пациентов. При этом только один вариант ППД был установлен у 9,5% (n=4), два варианта – у 59,5% (n=25), три варианта – у 26,2% (n=11), а четыре варианта – у 4,8% (n=2) детей. Выраженность проявлений ведущего ППД распределялась следующим образом: тяжелая степень (регистрация в течение 30-50% времени наблюдения) у 19% (n=8), умеренная степень (регистрация в течение 10-30% времени наблюдения) у 66,7% (n=28), легкая степень (регистрация в течение 5-10% времени наблюдения) у 19% (n=8) пациентов. Из 42 пациентов 38,1% (n=16) получали в качестве лечения вальпроевую кислоту, 28,6% (n=12) – топирамат, 19% (n=8) – иминостельбены, 9,5% (n=4) – леветирацетам и 4,8% (n=2) – ламотриджин. Через 1-3 года от начала применения ПЭЛС у изучаемой когорты пациентов позволила установить дифференцированное влияние ПЭЛС на представленность и выраженность ППД у детей с коморбидностью эпилепсии и РАС. У пациентов, получавших вальпроевую кислоту, представленность ППД двумя и более вариантами снизилась с 87,5% (n=14) до 56,3% (n=9), а количество детей с умеренной степенью выраженности ППД уменьшилось с 68,8% (n=11) до 56,3% (n=9). У пациентов, получавших топирамат, представленность ППД двумя и более вариантами снизилась с 91,7% (n=11) до 16,7% (n=2), количество детей с умеренной степенью выраженности ППД уменьшилось с 66,7% (n=8) до 25% (n=3). У пациентов, получавших производные иминостельбенов, представленность ППД двумя и более вариантами снизилась с 87,5% (n=7) до 62,5% (n=5), количество детей с умеренной степенью выраженности ППД уменьшилось с 62,5% (n=5) до 37,5% (n=3). Таким образом, полученные нами данные продемонстрировали статистически значимое влияние на ППД у детей с коморбидностью эпилепсии и РАС только для таких ПЭЛС, как топирамат, в отношении снижения представленности ППД ($\chi^2=13,59$ $p<0,001$) и уменьшения степени выраженности этого состояния ($\chi^2=4,20$ $p=0,041$). Поскольку ППД у изучаемой когорты пациентов могут считаться одним из вариантов моторных стереотипных актов, при назначении им терапии ПЭЛС стоит отдавать предпочтение препаратам, влияющим на снижение их представленности и выраженности.

Выводы. Одним из критериев выбора стартовой терапии ПЭЛС у пациентов детского возраста

с коморбидностью эпилепсии и РАС могут служить высокая представленность и степень выраженности ППД. В этой ситуации целесообразно рассматривать в качестве препарата выбора топирамату, которые более значимо влияют на снижение данного варианта стереотипной двигательной активности.

ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММЫ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Кудляч А.И.¹, Филипович Е.К.¹,
Кот Д.А.², Хорликова О.А.¹

¹Белорусская медицинская академия
последипломного образования,

²Городской клинический детский
психиатрический диспансер,
Минск, Республика Беларусь

Введение. Нарушения психического и психологического развития в детском возрасте, их своевременное выявление и абилитация являются актуальной проблемой детской психоневрологии. Распространенность данной патологии составляет по данным отечественных и зарубежных авторов от 7 до 15%. Понимание нейрофизиологических механизмов, участвующих в формировании расстройств речевой деятельности, является необходимым условием разработки и применения адекватных методов коррекции. Наиболее широкое распространение для оценки функционального состояния головного мозга получило использование электроэнцефалографии (ЭЭГ). В последние годы установлена закономерная связь когнитивных расстройств развития с различными вариантами изменений биоэлектрической активности в рамках концепции «врожденного нарушения процессов созревания головного мозга».

Цель исследования. Установить характерные изменения биоэлектрической активности головного мозга у пациентов детского возраста с нарушениями психоречевого развития вследствие перинатального поражения центральной нервной системы (ЦНС) по данным ЭЭГ-обследования.

Материалы и методы. Проведено когортное ретроспективное изучение данных электроэнцефалографического обследования пациентов детского возраста с нарушениями психоречевого развития (F70-F79, F80-F84), имеющих в анамнезе указание на перинатальное поражение ЦНС (основная группа

(ОГ), n=74). Полученные данные были сопоставлены с результатами аналогичного обследования пациентов с пациентов детского возраста с нарушениями психоречевого развития без указаний на перинатальное поражение ЦНС в анамнезе (контрольная группа (КГ), n=70). В исследование были включены пациенты в возрасте от 3 до 6 лет (средний возраст 4 года 2 месяца ± 28,5 месяцев). Всем пациентам было проведено трехкратное рутинное ЭЭГ-обследование в течение первого года от момента установления основного диагноза и последующий анализ представленности и разновидности различных вариантов изменений биоэлектрической активности.

Результаты и обсуждение. Сравнительный анализ полученных данных в основной и контрольных группах позволил установить следующее. Эпилептиформная активность была установлена у 54% (n=40) детей в ОГ и у 25,7% (n=18) детей в КГ. Классические варианты эпилептиформных паттернов (спайк, полиспайк, спайк-волна) регистрировались у 22,9% (n=17) пациентов ОГ и 14,3% (n=10) пациентов КГ ($\chi^2=1,78$ p=0,182). При этом в ОГ достоверно чаще преобладала регистрация доброкачественных фокальных эпилептиформных разрядов детского возраста (ДФЭРД) – у 48,6% (n=36) против 18,6% (n=13) в КГ соответственно ($\chi^2=14,49$ p<0,001). Распределение региональной эпилептиформной активности выглядело следующим образом: в ОГ у 45% (n=18) отмечалась заинтересованность височных отделов, у 32,5% (n=13) – теменно-височных и у 22,5% (n=9) – лобно-теменных; в КГ у 44,4% (n=8) выявлена заинтересованность височных отделов, у 27,8% (n=5) – теменно-височных, у 27,8% (n=5) – лобных. Кроме того, в ОГ достоверно чаще преобладала правосторонняя локализация региональной эпилептиформной активности: 72,5% (n=29) в ОГ в сравнении с 33,3% (n=6) в КГ ($\chi^2=7,96$ p=0,005).

Выводы. Полученные данные позволяют нам подтвердить гипотезу о том, что нарушение формирования речи и других высших психических функций у детей с перинатальным поражением ЦНС в подавляющем большинстве случаев происходит в рамках концепции «врожденного нарушения процессов созревания мозга». Согласно этой концепции, основой развития психического дизонтогенеза у данной когорты пациентов является генетическая предрасположенность к аномальному «процессуальному кодированию» вследствие инверсии нейромедиации и нейромодуляции в ЦНС. Перинатальное поражение клеток головного мозга в этой ситуации становится провоцирующим фактором, в условиях воздействия которого реализуется генетически-обусловленная программа. Нейрофизиологическим маркером нарушений психоречевого развития в данной ситуации становятся ДФЭРД как паттерны онтогенетической

незрелости ЦНС. Их преимущественная локализация в височно-теменной области субдоминантного полушария может быть следствием активации механизмов нейропластичности и саногенеза. Благодаря этим механизмам в вышеуказанных отделах процессы возбуждения превалируют над процессами торможения в целях компенсаторной активации зеркальных зон доминантного полушария, отвечающих за развитие второй сигнальной системы.

В-КЛЕТОЧНАЯ ДЕПЛЕЦИЯ И ВЫРАЖЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКОГО И АНТИДЕСТРУКТИВНОГО ЭФФЕКТОВ РИТУКСИМАБА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Кудрявцева А.В.¹, Лукина Г.В.², Смирнов А.В.¹, Глухова С.И.¹, Аронова Е.С.¹, Гриднева Г.И.¹

¹Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,

²Московский клинический научный центр имени А.С. Логинова, Москва

Цель. Выявить влияние уровня деплеции В-клеток на процессы суставной деструкции и клинической эффективности в сопоставлении у пациентов с ревматоидным артритом (РА) на фоне терапии ритуксимабом (РТМ).

Материалы и методы. В исследование включен 61 пациент с РА со следующими клиническими характеристиками: средняя продолжительность болезни 10,1±7,7 лет; средняя активность заболевания: средний DAS28 6,3±0,94%; большинство пациентов были позитивны по РФ – 87%, и АЦЦП – 93%. Клинический эффект оценивался по критериям EULAR, рентгенологическое прогрессирование по методу Шарпа в модификации Ван-дер-Хейде. Уровень В-клеток определялся по методу проточной цитофлуориметрии.

Результаты. При оценке через 48 недель после лечения 2-мя курсами РТМ хороший эффект имелся у 29,7%, хороший и удовлетворительный у 85,3% пациентов; ремиссия отмечена у 14,6%. Рентгенологическое прогрессирование отсутствовало у всех пациентов в ремиссии, у 83% больных с низкой степенью активности и у 43% с умеренной степенью активности. При оценке выраженности В-клеточной деплеции достоверного влияния степени снижения В-клеток на рентгенологическое прогрессирование не отмечено. Однако деплеция В-клеток у больных

РА в состоянии ремиссии (медиана 0% В-клеток) оказалась достоверно более выраженной по сравнению с пациентами, у которых сохранялись признаки активности заболевания (0,8% В-клеток).

Заключение. Таким образом, можно заключить, что зависимости антидеструктивного эффекта и уровня В-клеток не отмечается, однако, при оценке клинического улучшения, более выраженная деплеция В-клеток имеется у пациентов в состоянии ремиссии РА.

РАЗЛИЧИЕ МЕЖДУ КЛИНИЧЕСКИМ И АНТИДЕСТРУКТИВНЫМ ЭФФЕКТАМИ РИТУКСИМАБА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Кудрявцева А.В.¹, Лукина Г.В.², Смирнов А.В.¹, Глухова С.И.¹, Аронова Е.С.¹, Гриднева Г.И.¹

¹Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,

²Московский клинический научный центр имени А.С. Логинова, Москва

Цель. Выявление расхождения между клиническим и антидеструктивным эффектами терапии ритуксимабом у больных ревматоидным артритом.

Материалы и методы. Клиническая и рентгенологическая оценка 61 пациента с ревматоидным артритом (средняя продолжительность болезни 10,1±7,7 лет, средний DAS28 6,3±0,94, РФ-позитивные – 87%, АЦЦП-позитивных 93%), получавших терапию ритуксимабом. Клинический эффект оценивался по критериям EULAR, рентгенологическое прогрессирование по методу Шарпа в модификации Ван-дер-Хейде.

Результаты. К 48 неделе после лечения 2-мя курсами РТ хороший эффект отмечен у 29,7% пациентов, ремиссии достигли 14,6%, хороший и удовлетворительный эффект 85,3%. Антидеструктивный эффект, оцененный после 48 недель лечения РТ: прогрессирование отсутствовало у всех пациентов в ремиссии, у 83% пациентов с низкой степенью активности и у 43% пациентов с умеренной степенью активности. Примечательно, что прогрессирование сужения суставной щели было более выраженным, чем деструкция костной ткани – у 32% и 25% пациентов соответственно. Стоит отметить также, что клинический и антидеструктивный эффекты терапии РТ часто не совпадали: костная деструкция тормозится у 54% пациентов без клинического улучшения.

Заключение. Примечательно, что клинический и антидеструктивный эффекты анти-В-клеточной терапии не всегда совпадают, что может свидетельствовать о различных механизмах действия препарата и требует дальнейшего изучения.

МИОФАСЦИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ В ОБЩЕЙ КАРТИНЕ БОЛИ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Кулемзина Т.В., Папков В.Е., Красножон С.В.
Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького,
г. Донецк, Украина

Цель исследования. Боль в клинической практике врача является наиболее часто встречающимся проявлением большинства заболеваний. Практически все пациенты, так или иначе, жалуются на наличие боли. Однако боль в каждом случае имеет свой, зачастую неповторимый рисунок – паттерн, отличающийся по интенсивности, времени своего возникновения, продолжительности, связанности с определенной двигательной активностью или покоем. Эти болевые паттерны, составляющие синдром, позволяют врачу использовать эту специфичность как для дифференциальной диагностики, так и для окончательной верификации диагноза (конечном итоге). Однако, существует пограничная область, обозначаемая как миофасциальный болевой синдром, в которой специфичность рисунка боли может оказаться недостаточной для дифференциации ее существенных причин и окончательного определения основного заболевания, так как миофасциальный синдром может сам по себе создать картину боли, обычно имеющейся при наличии, например, кардиологической, неврологической, ревматологической и других патологий.

Материалы и методы. Проблема состоит в том, что вне зависимости от факторов, вызвавших те или иные паттерны болевого миофасциального синдрома, его дальнейшее развитие может протекать достаточно автономно и симулировать некоторые более существенные патологические процессы внутренних органов. Практика массажистов, остеопатов, мануальных терапевтов и кинезиотерапевтов демонстрирует высокую эффективность при работе с так называемыми триггерными зонами или болезненными мышечными уплотнениями, позволяя купировать достаточно широкий перечень паттернов миофасциального болевого синдрома. При этом, боли поначалу идентифицируемые, к примеру, как

межреберная невралгия, воспаление (ущемление) седалищного нерва, плечелопаточный периартрит, корешковые синдромы, вегетососудистая дистония, кардиалгия и прочие подобные, в итоге оказываются автономным миофасциальным синдромом.

Результаты и обсуждение. Чаще всего методы объективного обследования не подтверждают наличие заболевания и врачи-интернисты склоняются к выводу о возможном психическом заболевании. Но помимо специалистов, сталкивающихся с подобными паттернами миофасциальных симуляций, определенную роль в трактовке этого синдрома как психогенного играют психиатры, трактующие подобную боль с точки зрения соматоформной проекции. Тем более, что к такой логике их подталкивает отсутствие изменений в органах и тканях пациентов. А так как пациенты, измученные болью, предполагают вполне обоснованно, что болевой синдром свидетельствует о тяжести заболевания, то соответственно, у врача формируется представление о наличии признаков, как ипохондрического, так и навязчивого обсессивно-компульсивного состояния, что в свою очередь, при отсутствии объективных данных и соответствующих заключениях консультирующих невропатологов, также вполне «обоснованно» приводит к искаженной клинической трактовке и, соответственно, к избыточному назначению психотропных средств.

Выводы. Таким образом, сам по себе миофасциальный синдром, без принятия врачом его роли в клинической картине боли, может привести к ложной диагностике либо соматического заболевания, либо (и) психических нарушений, что в свою очередь, приводит к избыточному назначению лекарственных средств противовоспалительного либо психотропного действия. Учитывая пограничную роль миофасциального синдрома в общей картине боли, его нефиксируемость методами обычной объективной диагностики, следует более активно проводить обучение методам его диагностики в рамках постдипломной подготовки врачей всех специальностей.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ БИСОПРОЛОЛА НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ДИСФУНКЦИЮ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Куликова Л.Е., Ивлева Е.Л., Овсянников Е.С.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Одним из патофизиологических проявлений прогрессирующей гипертонической болезни (ГБ) яв-

ляется развитие сердечной недостаточности, ранним маркером развития которой является формирование диастолической дисфункции (ДД) левого желудочка. Диастолическую функцию сердца в целом можно рассматривать как способность изменять свою форму, приспосабливаясь к изменчивому в процессе жизнедеятельности объему крови, поступающему в желудочки.

Цель исследования. Изучить частоту диастолической дисфункции по данным ЭХОКГ у пациентов с гипертонической болезнью при сохранной фракции выброса (ФВ) в условиях монотерапии бисопрололом.

Материалы и методы. В исследование было включено 33 пациента, из них 18 женщин и 15 мужчины. Средний возраст пациентов составил $55,9 \pm 8,2$ года. ЭХОКГ выполнялось всем пациентам сразу после назначения медикаментозной терапии и через 6 месяцев от ее начала на аппаратах Logiq S8 фирмы General Electric. Обследование проводилось по стандартной методике. После 2-недельного периода элиминации ранее использовавшихся фармакологических препаратов проводилось назначение бисопролола с целью оценки переносимости, подбора дозы и режима приема.

Результаты. При использовании избранного препарата отмечалось достоверное снижение артериального давления на плечевой артерии у всех больных.

Величина индексированного объема ЛП до лечения составила 30,1 мл/кв. м ($20,1-33,9$), после лечения 28,1 мл/кв. м ($20,1-33,9$). Фракция выброса в фоновом исследовании составила 57,2% ($51,2-62,5$), после 6 месяцев терапии 63,5% ($53,5-69,1$). Соотношение скоростей E/A (скорость раннего диастолического наполнения левого желудочка (E) и скорости наполнения его в систолу предсердия (A)) соответственно составляла до лечения 0,74 ($0,44-0,88$), после лечения 0,95 ($0,55-1,17$). Параметры тканевого доплеровского исследования менялись следующим образом: скорость e'латеральная до начала терапии составляла 10,9 см/с ($10,0-15,9$ см/с), после терапии – 12,9 см/с ($10,2-15,6$ см/с), e'септальная 7,4 см/с ($7,0-10,2$ см/с) и 8,5 см/с ($7,1-12,2$ см/с), соотношение E/e' 11,7 ($6,1-16,9$) и 11,2 ($8,2-13,3$) соответственно. Оценка динамики показала наличие статистически значимых различий для ФВ и соотношения E/A для $p < 0,05$.

Результаты углубленного анализа морфометрических и функциональных параметров эхокардиограмм, являющихся маркерами ДД, с использованием критериев, предложенных группой Euro-Filling (2017), показали наличие диастолической дисфунк-

ции и повышения КДД в полости ЛЖ только у 8 из 33 пациентов (24,1%). При использовании широко распространенного в отечественной практике критерия соотношения E/A это патологическое состояние отмечалось у 28 из 33 (84,8%) больных.

Выводы. 1. Распространенность диастолической дисфункции у пациентов с ГБ существенно отличается при использовании наиболее распространенного традиционного критерия E/A (84,8%) по сравнению с применением современного набора тестов (24,1%). 2. Отмечается выраженный статистически значимый эффект при применении бисопролола на внутрисердечную гемодинамику, статистически значимых изменений морфометрических показателей не выявлено.

КЛИНИКО- ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ САРКОИДОЗА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Куневич Е.О.¹, Метельский С.М.²

¹50 Смешанная авиационная база
Министерства обороны Республики Беларусь,
²Белорусский государственный
медицинский университет,
Минск, Республика Беларусь

Отсутствие этиотропной терапии, до конца не раскрытые механизмы пато- и иммуногенеза, а также особенности течения саркоидоза, порой имеющие непредсказуемый характер, обуславливают повышенное внимание медицинской службы Вооруженных Сил к саркоидозу в целом. Учитывая малочисленность работ, посвященных частоте встречаемости саркоидоза в различных силовых ведомствах, не менее актуальными остаются вопросы эпидемиологии саркоидоза в Вооруженных Силах.

Цель работы. Изучение клинико-эпидемиологических особенностей саркоидоза и разработка методов прогноза неблагоприятного исхода заболевания у военнослужащих.

Материалы и методы. Проспективно обследовано 193 военнослужащих Министерства обороны Республики Беларусь в период с 2000 по 2018 гг. включительно. Средний возраст больных составил $26,9 \pm 7,4$ лет (от 18 до 48 лет). Диагноз был морфологически подтвержден у 68,4% преимущественно с проведением ВТС-биопсии (97%). Обследование и лечение пациентов проводилось в соответствии с

клиническим протоколом по диагностике и лечению саркоидоза Министерства здравоохранения Республики Беларусь и международными рекомендациями. Данные анализировались с использованием пакета Statistica 10.0 (StatSoft).

Результаты и обсуждение. Установлено, что заболеваемость саркоидозом в Вооруженных Силах Республики Беларусь с 2000 по 2018 гг. увеличилась с 6,2 до 39,6 на 100 тыс. человек. Распространенность в 2018 г. составила 100,0 на 100 тыс. человек. Методом линейного регрессионного анализа оценен прогноз заболеваемости до 2025 г. Проведен сравнительный анализ темпов роста данного показателя в когорте военнослужащих и гражданского населения. Установлено, что заболеваемость военнослужащих контрактной службы – 0,52% в два раза выше, чем военнослужащих срочной службы – 0,23%.

Показано, что вторая клиническая форма саркоидоза (саркоидоз ВГЛУ и легких) наблюдалась у 116 (70,3%) военнослужащих и наиболее часто регистрировалась I рентгенологическая стадия – у 93 (50,5%) пациентов. При этом отмечено, что группа крови по системе АВ0 и Rh статистически значимо не была ассоциирована с рентгенологической стадией. Острые формы саркоидоза диагностированы у 6,2% военнослужащих, семейный саркоидоз был зарегистрирован у 2 пациентов. У 126 (74,6%) больных наблюдался бессимптомный дебют саркоидоза, сопутствующие заболевания были отмечены у 56 (35,2%) военнослужащих. В 22% случаев была зафиксирована гиперкальциурия, остальные лабораторные показатели редко отклонялись от референсных значений. У 9,4% военнослужащих отмечено нарушение функции внешнего дыхания.

По данным прогностической модели определения неблагоприятных исходов саркоидоза у военнослужащих, построенной методом логистической регрессии, установлено, что суточная экскреция кальция в моче является благоприятным предиктором прогноза, ОШ=0,40 (95% ДИ: 0,17; 0,96), $p=0,041$. Чувствительность модели составила 85,7%, специфичность – 85,2%. Отмечается относительно высокая частота встречаемости курения в анамнезе 59,9% (95% ДИ: 47,7-72,1%), при $n=162$. Индекс курильщика составил 3 пачка/лет. Курение тесно ассоциировано с диссеминацией в легких по данным КТ, ОШ=3,96 (95% ДИ: 1,85-8,84), $p=0,0002$.

Выводы. Для военнослужащих отмечена более высокая заболеваемость, ранний дебют саркоидоза с низкой активностью лабораторных показателей, из которых суточная экскреция кальция в моче тесно ассоциирована с прогнозом.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИМОРБИДНОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Курасов Е.С., Парцерняк А.С.,
Шамрей В.К., Яцкив Я.В.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить индивидуально-личностные и психофизиологические особенности пациентов с полиморбидной сердечно-сосудистой патологией и метаболическими нарушениями.

Материал и методы исследования. Исследовано 265 пациентов – мужчин молодого (35-44 года (ВОЗ) и среднего возраста (44-60 лет (ВОЗ) с ПССП, метаболическим синдромом (МС) и непсихотическими расстройствами депрессивного спектра (РДС). Все пациенты были разделены на три когорты: К-1 ($n=102$) – пациенты молодого возраста (39,0-40,2 года) с ПССП (сочетание ИБС (стенокардия напряжения I-II функционального класса), гипертонической болезни (ГБ) стадии, метаболического синдрома (МС), а также коморбидного РДС; К-2 ($n=112$) – группа пациентов среднего возраста (47,5-48,3 года) с ПССП (сочетание ИБС (стенокардия напряжения I-II ф.к.), ГБ I-II стадии, МС, а также РДС; К-3 ($n=51$) – группа пациентов молодого возраста (39,6-40,9 года) с ПССП (сочетание ИБС (стенокардия напряжения I-II ф. к.), ГБ I-II стадии и РДС.

Оценка индивидуально-личностных и психофизиологических особенностей с использованием теста Люшера. Статистическая обработка результатов исследований выполнялась нами с использованием пакетов статистических программ SPSS 17.0 и «Microsoft Excel 2003».

Результаты и их обсуждение. По итогам сравнительного анализа результатов теста Люшера у пациентов с ПССП категорий К-1 и К-2, а также больных с ПССП без дополнительныхотягощающих факторов в виде МС (категория К-3) отмечалось статистически значимое отличие по показателям концентричности/эксцентричности, тонуса ВНС, тревожности и стрессового состояния, с наиболее выраженными изменениями у лиц с ПССП средней возрастной категории.

У лиц всех категорий с ПССП отмечалось преобладание «эксцентричности» (Лр 85) характеризующей направленность вектора реагирования пациента вне себя – на окружающих людей, предметы, являю-

щиеся для данной категории постоянным источником раздражения и воздействия, проявлением постоянного поиска, неудовлетворенности своим настоящим (-3,7 -3,2, -5,4 -4,8 и -2,1 -1,7 балла, соответственно).

Также выявлялось преобладание симпатического тонуса над парасимпатическим рассматривается у пациентов с ПССП, что свидетельствовало о гиперактивации вегетативной нервной системы («стресс-реакции») в ответ на хроническую ситуацию психоэмоционального напряжения, в которой длительно прибывали эти пациенты, что в дальнейшем сопровождалось увеличением тревоги. Все это можно рассматривать, как ранние этапы формирования феномена «симпатикотонии» (триады В.П. Протопопова) в структуре развернутого депрессивного состояния (эпизода).

Проведенное исследование также показало, что помимо высоких значений «стрессового состояния» (ЛР стр) (24,8-26,0, 27,3-28,3 и 21,9-22,6 балла) и «тревоги» (Лр тр) (10,2-10,8, 13,1-14,1 и 7,2-7,6 балла) у пациентов с ПССП наблюдается значительное отклонение от аутогенной нормы, связанной напрямую с увеличением внутреннего напряжения и тревоги, вследствие неудовлетворенности базовыми потребностями (Лр No) (24,3-25,1, 27,1-28,1 и 22,8-23,8 балла), появлении повышенной склонности к сомнениям, неуверенности и чувству немотивированного страха (фобическим нарушениям).

Выводы. Преобладание симпатического тонуса над парасимпатическим у пациентов с ПССП свидетельствует о гиперактивации вегетативной нервной системы, что можно рассматривать как ранний этап формирования феномена «симпатикотонии» в структуре формирующегося депрессивного состояния.

ВЫРАЖЕННОСТЬ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИМОРБИДНОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Курасов Е.С., Шамрей В.К.,
Яцкив Я.В., Парцерняк А.С.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Исследовать выраженность тревожной и депрессивной симптоматики при полиморбидной сердечно-сосудистой патологии (ПССП), осложненной метаболическими нарушениями.

Материал и методы исследования. Исследовано 265 пациентов – мужчин молодого (35-44 года (ВОЗ) и среднего возраста (44-60 лет (ВОЗ) с ПССП, метаболическим синдромом (МС) и непсихотическими расстройствами депрессивного спектра (РДС). Все пациенты были разделены на три когорты: К-1 (n=102) – пациенты молодого возраста (39,0-40,2 года) с ПССП (сочетание ИБС (стенокардия напряжения I-II функционального класса), гипертонической болезни (ГБ) стадии, метаболического синдрома (МС), а также коморбидного РДС; К-2 (n=112) – группа пациентов среднего возраста (47,5-48,3 года) с ПССП (сочетание ИБС (стенокардия напряжения I-II ф.к.), ГБ I-II стадии, МС, а также РДС; К-3 (n=51) – группа пациентов молодого возраста (39,6-40,9 года) с ПССП (сочетание ИБС (стенокардия напряжения I-II ф. к.), ГБ I-II стадии и РДС).

Оценка выраженности психопатологических нарушений проводилась с использованием опросника депрессии (PHQ-9), опросника выраженности тревоги (GAD-7) и стандартизированного многопрофильного метода исследования личности (СМИЛ) (Собчик Л.Н., 2009). Статистическая обработка результатов исследований выполнялась нами с использованием пакетов статистических программ SPSS 17.0 и «Microsoft Excel 2003».

Результаты и их обсуждение. Проведенное исследование показало, что выраженность депрессивных нарушений была значимо выше в когортах К-1 и К-2, по сравнению с пациентами третьей когорты (пациентов молодого возраста без признаков МС). При этом выраженность депрессивной симптоматики у пациентов двух первых когорт (с МС) была примерно одинаковой и значимых различий не имела (8,4-10,4 и 8,5-10,5 балла, соответственно). Аналогичные соотношения были выявлены и при изучении выраженности проявлений тревоги в исследуемых когортах (по шкале GAD-7), которая была наименьшей в группе К-3 (3,1-4,6 балла).

Анализ результатов исследования с помощью многопрофильного личностного опросника СМИЛ позволил объективизировать групповые особенности психического состояния пациентов с ПССП. При этом, обращало на себя внимание повышение значений у пациентов групп К-1 и К-2 по шкалам триады – D (66,9-67,6 и 71-72 балла), Hs (62,7-63,9 и 67,7-69 балла) и Hu (62,4-64,1 и 68,5-70 балла, соответственно), а также шкале Pt, свидетельствующий о степени выраженности личностной или ситуативной тревоги (67,3-69,0 и 70,9-72,7 балла).

У пациентов средней возрастной категории К-2 отмечались наибольшие изменения по сравнению с категориями К-1 и К-3. Так, в частности, отмечались характерные типологические особенности, сопровождающиеся сильными самозащитными

механизмами, тревогой, страхами и опасениями, склонностью к беспричинному возникновению ощущения «внутреннего напряжения», раздражительностью, напряженностью в общении, нерешительностью, неустойчивостью настроения, возможностью ухода в себя и замкнутости.

В целом же, у групп пациентов К-1 и К-2 выявлялся отчетливый отрицательный «невротический» профиль, что подтверждало наличие тревожно-депрессивной симптоматики пограничного уровня.

Выводы. Полученные результаты (значимое повышение выраженности тревоги и депрессии у пациентов с ПССП и сопутствующим МС) разных возрастных групп (молодого и среднего возраста) свидетельствует о неблагоприятном влиянии метаболических нарушений на выраженность коморбидной психической патологии депрессивного спектра.

ПЕРИОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Кушнарева И.Г.

Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель. Обозначить наиболее существенные проблемы пациентов с иммунновоспалительными заболеваниями соединительной ткани, нуждающихся в оперативном ортопедическом лечении.

Материалы и методы. Наблюдение проводилось в травматолого-ортопедическом отделении ФГБНУ НИИ Ревматологии им. В.А. Насоновой. За основу наблюдения были взяты все пациенты с иммунновоспалительными заболеваниями соединительной ткани с преимущественным поражением опорно-двигательного аппарата: ревматоидный артрит, системная красная волчанка, анкилозирующий спондилит, микрокристаллические артриты, системные васкулиты. Доказано, что на фоне увеличения продолжительности жизни пациентов с ревматическими заболеваниями, частота оперативных ортопедических вмешательств также существенно возросла. Однако, клинических рекомендаций по периоперационному ведению и предоперационной подготовки данных пациентов в настоящее время не разработано.

Анализируя особенности течения каждого заболевания, проводимой базисной терапии, лечение глюкокортикоидами и проведения заместительной терапии выявлены предикторы интраоперационных, а также ранних и поздних послеоперационных ос-

ложнений, ссылаясь на опыт ведения пациентов с ревматическими заболеваниями на базе травматолого-ортопедического отделения ФГБНУ НИИ Ревматологии им. В.А. Насоновой.

Результаты и обсуждения. Выявлены наиболее важные аспекты предоперационной подготовки и периоперационного ведения пациентов с ревматическими заболеваниями, позволяющие минимизировать риск послеоперационных осложнений.

Выводы. Ортопедическое оперативное вмешательство позволяет существенно улучшить функциональный статус пациентов с ревматическими заболеваниями и увеличить показатель качества жизни, однако данное вмешательство несет повышенный риск осложнений. Междисциплинарный подход и разработанная схема предоперационной подготовки и периоперационного ведения способны значительно снизить данный риск.

ГЛИКОАНТИГЕНЫ В СБОРОЧНЫХ АГРЕГАТАХ: ПОДХОД К ВЫЯВЛЕНИЮ И МОНИТОРИНГУ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ГЛИКОКОНЬЮГАТОВ В КРОВИ

Лахтин В.М., Лахтин М.В.

Институт эпидемиологии и микробиологии
имени Г.Н. Габричевского,
Москва

Изотипы С4А и С4В комплемента образуют ковалентные комплексы с мишенями – преимущественно белковой частью молекул (в случае С4А) или преимущественно углеводной частью гликоконъюгатов [ГК] (в случае С4В).

Цель. Предложить стратегию и экспериментальный подход к оценке функционального статуса ГК в агрегатах с антигенами С4.

Материалы и методы. Сыворотки от пациентов, наблюдавшихся в КДЦ МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского. Кроличьи или козы антитела (АТ) к С4, С3, С1-ингибитору (С1ин), IgG, IgA, или IgM человека, пероксидазные конъюгаты к АТ. В качестве дифтерийных антигенов служили анатоксин (АД-М, Микроген) и полисахаридный комплекс клеточной стенки (МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского) – ингредиент Кодивака. Использовали разработанные нами 1) функциональный микропанельный ELISA С4А и С4В; 2) иммуноблотинговый хемилюминесцентный анализ (ИХА) С4А и С4В: десалирование сывороток нашим методом, разделение агрегатов с С4А и С4В электрофокусированием в пластине геля в градиенте рН 3-5, электроблотинг на мембраны (Millipore), обработ-

ка блота пероксидазным конъюгатом АТ (варианты). Хемилюминесценцию регистрировали в присутствии BioWest (Pierce, США) в системе BioChem System (UVP) в режиме живого изображения.

Результаты. Стратегия. В С3, С4 и С1ин присутствует внутрипочечная тиолсложноэфирная связь, позволяющая образовывать ковалентные агрегатные комплексы с молекулярными мишенями. Возможны различия в ингибировании связывания С4b белковым и углеводным антигенами при определении функциональной активности С3-конвертазы (КФ 3.4.21.43), образованной из С4А или С4В. Удобной моделью являются антигены *Corynebacterium diphtheriae*, вызывающие образование антиоксидантных АТ (против белкового токсина) и образование антимикробных АТ (против полисахаридов клеточной стенки бактерий). Было проведено исследование ингибирующего действия указанных антигенов на формирование С3-конвертазы. С другой стороны, мониторинг образования сборочных агрегатов с антигенами С4 гликопротеинов С4А и С4В в кровотоке возможен по их появлению в соответствующей изоэлектрофоретической области. 2. Экспериментальный подход. 2.1. Проведен анализ антигенов *C. diphtheriae* – полисахаридов клеточной стенки и белкового анатоксина. Показана различная эффективность этих антигенов в ингибировании образования С3-конвертазы из С4А и С4В. Об эффективности связывания С4b судили по активности образовавшейся С3-конвертазы (количеству связавшегося на мишени С3b), определяемо АТ (IgG)-пероксидазой. Полисахаридный антиген предпочтительнее ингибировал образование конвертазы из С4В, а белковый – из С4А. По данным функционального ELISA и ИХА сывороточные дефициты С4А соответствовали ухудшению антиоксидантного ответа, а дефициты С4В – ухудшению антибактериального иммунитета. 2.2. Сигнализирующий С1ин локализовался в области С4В и мог быть маркером глубины поражения организма пациента. 2.3. По данным ИХА оценка иммунного ответа на антигены возможна и по наличию (относительному содержанию) иммуноглобулинов в агрегатах: IgG (преимущественно область С4А), IgA (преимущественно область С4В), IgM (область частично перекрывалась со стороны анода с областью С4А, отличалась от локализации IgG).

Выводы. 1. Предложенные стратегия и подход полезны для скрининговой присутствия и влияния антигенами различной природы; оценки экспонированности/степени демаскированности антигенов в агрегатах – условия проявления их функциональных активностей; разработки новых путей микроанализа и стандартизации ингредиентов вакцин. 2. Возможен мониторинг иммунного ответа по изменениям хемилюминесценции, связанной с локализацией и относительным количеством всех трех классов Ig в

составе агрегатных антигенов. 3. Подход будет полезен и в трансфузиологии для контроля нежелательных агрегатов белков и ГК в пулах плазмы.

СУБИЗОТИПЫ С4 КОМПЛЕМЕНТА ПАЦИЕНТОВ КАК БИОМАРКЕРЫ АУТОИММУННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Лахтин М.В., Лахтин В.М.

Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Г.Н. Габричевского, Москва

Цель. Применить хемилюминесцентный иммуноблотинговый анализ (ХИА) для сравнения систем С4 пациентов с системной красной волчанкой (СКВ) и антифосфолипидным синдромом (АФС). Материалы и методы. Исследовали сыворотки пациентов, проходивших обследование в КДЦ при Институте им. Г.Н. Габричевского. Для определения дефицитов в С4-системе сыворотки десалировали нашим методом: 1) Обработывали нейраминидазой (сиалидазой КФ 3.2.1.18) *Clostridium perfringens* (Grade V, Sigma) в условиях одновременной термоинактивации сывороточного комплемента. Полноту десалирования контролировали посредством ХИА после изоэлектрофокусирования сывороток в пластине 5% полиакриламидного геля (ИЭФ-ПА-АГ, рН 3-5). Десалированные сыворотки пациентов разделяли ИЭФ-ПААГ в присутствии 7 М мочевины и электроблотировали на мембранный сэндвич Durapore(Millipore)-ImmobilonP(Millipore). Блот-рН7 электроблотировали при рН 4 (ацетат) с образованием блота-рН4. С4А и С4В проявляли моноспецифическими поликлональными антителами, конъюгированными с пероксидазой. Использовали также пероксидазные конъюгаты антител к IgG, IgA, IgM, С1-ингибитору, С3 или С1q человека. Пероксидазу проявляли субстратом BioWest (Pierce, США). Белки на блоте проявляли SYPRO protein blot stain (Bio-Rad). Флюоресценцию (возбуждение при 254 нм) или хемилюминесценцию (светофильтр “Bromide Ethidium”) регистрировали в системе BioChem System (UVP).

Результаты. 1. В сыворотках пациентов при рI 3,8-4,7 (области I) регистрировались антигены С4, отражающие потребление С4 из области рI 5-6 (области II). В результате в I регистрировалось необратимое накопление аутоиммунных продуктов. Присутствие мультиантигенных агрегатов с антигенами С4 подтверждено антителами к иммуноглобулинам и компонентам комплемента. В сравнении с II, в I изоотипы выявлялись с лучшей дискретностью. Степень агрегированности

С4А превосходила таковую С4В. 2. В случаях СКВ и АФС в I накапливались белковые агрегаты с антигенами С4 в рI-зоне изотипа С4А на фоне отсутствия таковых в расположении изотипа С4В, что указывало на генетический дефицит изотипа С4В в крови пациентов и, как следствие, функциональное потребление оставшегося изотипа С4А крови с образованием диагностических субизотипических форм. Применение рН 4-обработки блота-рН7 ацетатным буфером усиливало дискретность разделения субизотипов (особенно в варианте межмембранного электроблотинга при рН 4), повышало качество имэджевой мозаики субизотипов, упрощало количественный расчет дефицитов, делало расчет более точным. 3. Среди тестированных сывороток пациентов с дефицитом одного из изотипов ХИА выявлял раннюю по времени появления (первую) форму из набора субизотипов – уникальную форму блот-рН7/рН4рI3,8 (наиболее кислую среди наблюдаемых субизотипов) у пациента с СКВ, сочетанной с АФС. Форма характеризовалась пониженной гидрофобностью и максимальной агрегированностью.

Выводы. 1. Выявлена субизотипическая форма блот-рН7/рН4 рI 3,8, указывающая на глубину аутоиммунного вторичного поражения организма пациентов с дефицитом С4 в случаях СКВ, переходящей в катастрофический АФС. Предположили, что форма отражает ковалентную ассоциацию активированных фрагментов С4А с циркулирующими аутоиммунными комплексами (ЦИК), в том числе ревматоидными факторами. 2. Результаты указывают на перспективность ХИА в С4А-субизотипической диагностике аутоиммунных болезней. 3. Важным является дальнейшее изучение с помощью ХИА корреляций между сочетанным статусом нескольких ключевых компонентов комплемента и типом аутоиммунного поражения организма человека.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ С1-ИНГИБИТОР ПАЦИЕНТОВ С ДЕФИЦИТОМ С4 КОМПЛЕМЕНТА: ИММУНОБЛОТИНГОВЫЙ АНАЛИЗ ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНЦИИ В ЖИВОМ ИЗОБРАЖЕНИИ

Лахтин М.В., Лахтин В.М.

Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Г.Н. Габричевского,
Москва

Цель. Разработать функциональный иммуноблотинговый анализ (ФИА) С1-ингибитора (С1ин) комплемента пациентов.

Материалы и методы. Исследовали сыворотки пациентов, проходивших обследование в КДЦ при Институте им. Г.Н. Габричевского. Скрининг сывороток с дефицитом компонента С4А или С4В комплемента проводили нашими методами в микропанели (функциональный ИФА в трех вариантах) и на блоте (ФИА). Десиазированные нашим методом (сиалидазой [КФ 3.2.1.18], Grade V, Sigma, в условиях термоинактивации сывороточного компонента и контроля полноты десиалирования) сыворотки разделяли изоэлектрофокусированием (600-700 В, 8-10°C, в течение ночи) в пластине 5% полиакриламидного геля (рН 3-5) с 7 М мочевиной (нанесение сывороток в область рН 3, достаточно 3 мкл). Градиент рН контролировали на рН-метре с использованием маркеров “kit рI 2,5-6,5” (Amersham Pharmacia Biotech, Швеция), метилового красного рI 3,75, изоформ коммерческих рекомбинантных эритропоэтинов (рI 3-5). Гель электроблотировали на мембранный сэндвич Durapore-ImmobilonP (Millipore). ФИА С1ин проводили с использованием технологии «Блот-рН4-ацетат», дающей лучшие результаты для гликопротеинов крови (на примерах С4А и С4В). С4А и С4В, С1ин и С3 проявляли моноспецифическими антителами (АТ), выделенными из поликлональной моноспецифической антиС4 (или антиС3, или антиС1инг) – сыворотки. Использовали приготовленные конъюгаты кроличьих и козих IgG-АТ к С4, С3 или С1ин человека. Пероксидазу проявляли субстратом BioWest (Pierce, США). Регистрировали ступенчатую (секунды, минуты) кинетику дифференцированной интенсивности хемилюминесценции (фильтр “Bromide Ethydidium”). Белки на проявляли SYPRO protein blot stain (Bio-Rad). Флюоресценцию красителя (возбуждение – 254 нм, экспозиции 30-50 миллисекунд) и хемилюминесценцию пероксидазы регистрировали в BioChem System (UVP) в режиме живого изображения. Анализ картин проводили с использованием программ LabWorks-4.

Результаты. *ФИА локализовал С1ин (около 35% углеводов по весу) преимущественно в обогащенной углеводами белковой области (рI-области С4В). *Связывание АТ к С1ин не зависело от связывания АТ к С4 (на примере сывороток с дефицитом С4В) или С3, влияющего на область между С4А и С4В, в отличие от С1ин. *Содержание С1ин было выше в сыворотках с дефицитом С4В, чем в сыворотках с дефицитом С4А. *ФИА С1ин давал лучшие результаты в случае сывороток пациентов с отсутствием С4В в его рI-области. В некоторых сыворотках пациентов определение С1ин не зависело от десиалирования и инактивации комплемента, что указывало на глубину поражения. *В случаях с наследственным дефицитом изотипа С4В в сыворотках пациентов с системной красной волчанкой (СКВ) и антифосфоли-

пидным синдромом (АФС) выявлялся дефицит С1ин – потребление С1ин крови с образованием невыводящихся из крови ковалентно связанных агрегатов.

Выводы. 1. ФИА может быть использован в исследовании дефицитов С1ин. 2. ФИА С1ин позволяет дальнейшую дифференциацию сывороток пациентов с установленными дефицитами С4, как в случаях СКВ и АФС. 3. С1ин сцеплен с агрегационными рI-областями изотипов: присутствием в комплексах с антигеном С4; в связи с участием С1ин в независимых от С4В каскадах в случаях генетически обусловленного отсутствия С4В. 4. Результаты подтверждают универсальность агрегационных областей ковалентных белковых комплексов С4А или С4В для оценки генетических и приобретенных дефицитов С1ин и других компонентов комплемента и связанных с ними белковых коммуникаторов. 5. Открыты новые перспективы комбинированной функциональной диагностики раннего и отсроченного статуса системы комплемента пациентов при аутоиммунных и инфекционных системных болезнях.

ЛИЗИС БИОПЛЕНОК STARPHYLOCOCCLUS AUREUS В ПРИСУТСТВИИ ЛЕКТИНОВ КУЛЬТУР БИФИДОБАКТЕРИЙ И ЛАКТОБАЦИЛЛ

Лахтин М.В., Лахтин В.М.

Институт эпидемиологии и микробиологии
имени Г.Н. Габричевского,
Москва

Стафилококки способны образовывать биопленки (БП) с повышенной антибиотикорезистентностью, что осложняет борьбу с БП-инфекциями. К перспективным агентам (метаболомбиотикам) воздействия на микробиоценозы относятся лектины пробиотических бактерий (ЛПБ: лактобацилл и бифидобактерий [ЛЛ и ЛБ]).

Цель. Провести скрининг стафилококков для выявления БП с ускоренным лизисом в присутствии ЛПБ.

Материалы и методы. Исследовали стафилококки из фекалий и грудного молока доноров, проходивших обследование в КДЦ при МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского. Массивы и БП свежeweыделенных стафилококков на твердофазных агаровых средах исследовали в присутствии капельно внесенных на поверхность агара или дисков очищенных нами специфичных к синтетическим полимерным гликоконъюгатам (ГК) с гликанами муцинового типа (www.lectinity.com) фракций культуральных жидко-

стей пробиотических бактерий – кислых ЛЛ или ЛБ с рI в области рН4 (разделенных изоэлектрофокусированием в полиакриламидном геле в градиенте рН 3-8) и фитолектинов значимых для медицины трав. Лектины использовали в цитоагглютинирующих концентрациях. Чашки с агаром инкубировали при 37°C в течение 1-2 суток и затем хранили при пониженной температуре в течение 1-3 месяцев. Оценку результатов проводили по цифровым фотографиям.

Результаты. 1. Выявлялись следующие стадии образования БП стафилококков в присутствии ЛПБ: *мультицентральный рост в массиве; *образование единого массива, *созревание массива с образованием БП с локализованным участием полисахаридов по внешней границе и во внутренних центрах мультиточечного роста (особенно в присутствии высоких доз ЛБ); *формирование наружного (симметричного) и внутреннего «скелета» БП с латентными границами будущих фрагментов, усиливающимися в условиях пролонгирования холодового стресса; *отторжение фрагментов; *фрагментарный лизис. 2. Деградация и лизис БП протекали на фоне конверсии ЛПБ в низкомолекулярные эффекторы пептидной и ГК-природы под воздействием процессов диссоциации в присутствии детергента и гидролаз окружения (вклада стафилококков). В целом, ЛЛ эффективнее деградировали БП стафилококков при сравнении с ЛБ, причем наблюдался территориальный синергизм антистафилококкового действия ЛЛ и ЛБ. 3. В случае одного из изолятов из грудного молока в присутствии ЛБ наблюдалось отторжение фрагментов БП и их дальнейший ускоренный лизис – визуальное полное «рассасывание». Фитолектины не лизировали БП всех исследованных изолятов стафилококков, хотя и влияли на соотношение чувствительных и резистентных субпопуляций стафилококков.

Выводы. 1. Выявленные стафилококки с повышенной чувствительностью к присутствию ЛБ могут служить в качестве потенциальных внутрибиопленочных (бактериальных, бактериально-грибковых) мишеней с участием синергистического каскадного пролонгированного метаболомбиотического действия ЛПБ для облегчения доступа к БП антиинфекционным агентам. Такого рода чувствительные к ЛПБ изоляты и штаммы симбиотических не вирулентных стафилококков перспективны против БП стафилококков в реакциях деструкции БП и осуществления лизиса БП изнутри. 2. Предлагаемая стратегия воздействия на БП с участием ЛПБ предполагает формирование БП биотопов с потенциалом замещения патогенных БП на другие – приемлемые варианты, создания в БП уязвимых мест, через которые БП становится доступной для элиминации. Реализуется принцип достижения скрытого состояния БП для инициации терапевтической деградация и лизиса БП оппортунистических

микроорганизмов через неблагоприятную для развития патогенных БП в биотопах предсказуемую неправильную сборку БП в присутствии ГК окружения, в том числе доставляемых извне.

ЛЕКТИНЫ ПРОБИОТИКОВ КАК ЦИТОКИНЫ

Лахтин М.В., Лахтин В.М.

Институт эпидемиологии и микробиологии
имени Г.Н. Габричевского,
Москва

Известны примеры белковых цитокинов (Ц) со свойствами лектинов (чувствительность Ц к углеводам, связывание маннанов и гликанов олигоманнозного типа; рассмотрение Ц как лектинов [интерлейкины-1, 2, интерферон-гамма, другие]), а также примеры лектинов со свойствами Ц (лектины фасоли и канавалии как стимуляторы лимфоцитов, в том числе для продукции Ц). Пробиотические лектины (ПЛ) распознают гликоконъюгаты (ГК) и ГК-паттерны, являются новыми кофункционирующими белковыми системами, имитирующими свойства пробиотиков. Нами были изолированы и исследованы препараты ПЛ.

Цель. На основе собственных данных обобщить Ц-подобные свойства ПЛ.

Материалы и методы. Использовали полученные нами препараты ПЛ лактобацилл (на примере Ацилакта) и бифидобактерий (в том числе штаммы Бифидина и Бифидумбактерина), белковые гормоны (эритростим и эпокрин), ГК (www.lectinity.com). Разделенные изоэлектрофокусированием в пластине полиакриламидного геля ПЛ и белковые гормоны электрооблотировали на гидрофобную мембрану, которую обрабатывали ГК-биотином, стрептавидин-пероксидазой и хемилюминесцентным субстратом. Свечение регистрировали системе BioChem System (UVP) в режиме живого изображения. Использовали свежеприготовленные суспензии А(II)-эритроцитов; культуры внутрибрюшинных макрофагов белых мышей, лейкоцитов цельной крови человека, дрожжеподобных грибов, лактобацилл и стафилококков. Цитоагглютинацию, миграцию макрофагов, продукцию фактора некроза опухолей (ФНО-альфа) лейкоцитами и антимикробные активности в присутствии ПЛ определяли стандартными методами.

Результаты. 1. Установлены особенности ПЛ-распознавания полимерных ГК (маннанов и других полисахаридных поливалентных аналогов, имитирующих муцины и гликоантигены. Продемонстрировано наличие функционирующих ПЛ-систем распознавания различных ГК (системы и их subsystemы

как уникальные в распознавании ГК и ГК-паттернов [ранжируются по специфичности и ее выраженности, характеризуются способностью к ее переключению, в том числе полной смене ГК-типа-специфичности]; на примере сравнения ПЛ с белковыми гормонами). 3. Выявлена способность ПЛ связываться с клеточными рецепторами и далее направленно воздействовать на клетки и субпопуляции клеток (на примере макрофагов; с действием, сходным и отличающимся от ГК). 4. Наблюдались ПЛ-воздействие на клетки в низких – субцитоагглютинирующих концентрациях (защита эритроцитов от гемолиза, инициирование миграции макрофагов, влияние на продукцию ФНО-альфа лейкоцитами, регуляция процессами жизнедеятельности лактобацилл и кандид в суспензияльных и твердофазных культурах). 5. Выявлялась ПЛ-избирательность в отношении эукариотических и прокариотических клеток (лейкоцитов при сочетании ПЛ с другими метаболитами Ацилакта на фоне снижения варьирования экспрессии ФНО-альфа у пациентов; штаммов *Candida albicans* и *Staphylococcus aureus* в массивах на агаровых средах). 6. Обнаружен синергизм действия ПЛ: а) совместно с высокомолекулярными растворимыми компонентами Ацилакта – в модуляции продукции лейкоцитами ФНО-альфа; б) в преимущественных реакциях лектинов лактобацилл против стафилококков, а лектинов бифидобактерий – против кандид [на фоне установленного синергизма ПЛ с антимикотиками]).

Выводы. Приведенные выше результаты указывают на новый потенциал применения ПЛ в качестве базисных/ вспомогательных кофункционирующих синергистических Ц-подобных агентов – участников единой цитокиновой сети организма. Перспективны сочетания ПЛ и классических Ц (и их упорядоченных в каскадном действии наборов) для получения предсказуемых новых суммарных важных для физиологии человека цитокиновых эффектов.

ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО И ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АТОПИЧЕСКОГО КРУГА

Левковец И.Л., Соломонов Д.В.

Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Определить особенности вегетативного и гормонального статуса у больных с заболеваниями атопического круга (ЗАК) на основании рефлексодиагностики методом аурикулярного криорефлексотеста (АКРТ).

Материалы и методы. Обследовано 48 женщин в возрасте от 18 до 46 лет с установленными диагнозами: сезонный аллергический ринит; атопический дерматит; атопическая бронхиальная астма. Проведен сбор жалоб и анамнеза, клиническое, лабораторное и инструментальное обследование: исследование клинического анализа крови, общего анализа мочи, определение в крови общего IgE, содержание ТТГ, ФСГ, ЛГ, пролактина, эстрадиола, тестостерона, ДЭА, ТЗ, Т4, антител к тиреоглобулину и тиреоидной пероксидазе; общего билирубина и его фракций, АЛТ, холестерина, глюкозы; УЗИ органов брюшной полости и малого таза. Вегетативный статус исследовали методом АКРТ. Метод основан на определении и программном анализе порогов холодовой чувствительности рефлексогенных зон ушных раковин и позволяет в рамках кратковременного (около 15 минут) обследования оценить общий вегетативный тонус (ОВТ), вегетативный тонус, вегетативную реактивность (ВР) и вегетативное обеспечение деятельности (ВОД) висцеральных систем, а также функциональную активность (ФА) отделов головного мозга. Контрольную группу составили 15 практически здоровых женщин (без ЗАК) аналогичного возраста.

Результаты и обсуждение. Помимо жалоб, связанных с ЗАК, подавляющее большинство обследованных (42 человека – 87,5%) указывали на имеющиеся нарушения менструальной функции: нерегулярный цикл, увеличение продолжительности, скудные, обильные, болезненные менструации, симптомы предменструального напряжения. 11 человек (22,9%) отмечали связь ухудшения либо обострения симптомов ЗАК с фазами менструального цикла. В ходе лабораторной диагностики нарушения содержания половых гормонов выявлены у 35 (72,9%), гормонов щитовидной железы – у 18 человек (37,5%). УЗИ-признаки дисгормональных проявлений в органах малого таза обнаружены у 21 (43,7%), диффузные изменения печени – у 12 (25%). При помощи АКРТ определены следующие виды ОВТ: нормотония у 26 (54%), симпатикотония у 18 (37,5%), парасимпатикотония у 4 (8,3%). Выявлены нарушения ФА и ВР головного мозга: коры головного мозга у 32 (66,6%), ствола мозга у 35 (72,9%), гипоталамуса у 39 (81,2%), гипофиза у 45 (93,7%). Среди висцеральных систем нарушения ВОД и ВР наиболее часто определялись со стороны: печени у 38 (79%), желчного пузыря у 46 (96%), почек у 42 (87,5%), толстой кишки у 32 (66,6%), дыхательной системы у 43 (89,5%). Следует отметить, что вегетативные проявления дисгормоноза выявлялись методом АКРТ чаще, чем другими, общепринятыми методами диагностики. Это может быть объяснено более ранним возникновением нарушений центральной регуляции вегетативного и гормонального статуса (донозологический этап), что может быть определено методом АКРТ. Наибольшее внимания

заслуживает определение характерных особенностей вегетативного статуса у пациенток с ЗАК: выраженно-го снижения ФА гипофиза в сочетании с выраженным повышением ВОД дыхательной системы, выявленное у 43 женщин (89,5%) из группы обследованных и ни у одной из группы сравнения, $p < 0,03$. Данное обстоятельство подтверждает значимость гормональных нарушений центральной генеза в патогенезе ЗАК.

Выводы. Метод АКРТ является высокоинформативным для комплексной оценки вегетативного статуса у женщин, страдающих ЗАК. Выявленные патогномоничные вегетативные нарушения: устойчивое выраженное снижение ФА гипофиза в сочетании с выраженным повышением ВОД дыхательной системы указывают на определяющую роль дисгормоноза в патогенезе ЗАК.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2

Лекарева И.В., Емельянова А.Л., Емельянов Д.Н.
Волгоградский государственный
медицинский университет,
г. Волгоград

Цель исследования. Выявить особенности клинических проявлений у пациентов с сочетанием ИБС и СД типа 2, а также характерные изменения показателей, оцениваемых при проведении функциональных методов исследования (электрокардиографии, эхокардиографии и спирографии).

Обследованы 94 пациента, 48 мужчин и 46 женщин, находившихся на стационарном лечении в эндокринном отделении больницы, средний возраст $67,4 \pm 5,7$ лет. У всех больных верифицирован диагноз СД типа 2. Больные разделены на 3 группы в зависимости от уровня гликозилированного гемоглобина (HbA1c).

Всем пациентам проводили комплексное клинико-инструментальное и лабораторное обследование с анализом жалоб, данных анамнеза и объективных методов обследования. Комплекс стандартных лабораторных и инструментальных исследований включал: профиль биохимических анализов, общий анализ крови, общий анализ мочи, гликемический профиль, гликозилированный гемоглобин HbA1c, электрокардиографию (ЭКГ), суточное мониторирование ЭКГ, спирографию, трансторакальную эхокардиографию, рентгенографию органов грудной клетки.

Все пациенты поступили в стационар с декомпенсацией углеводного обмена. Только 22 пациента

(23,4%) с СД предъявляли жалобы на боли в сердце стенокардитического характера. Изменения на ЭКГ, характерные для ишемии миокарда выявлены у 17 (18,0%) пациентов. Однако, при выполнении суточного мониторирования ЭКГ у 84 пациентов (87,2%) случаев зарегистрированы эпизоды ишемии миокарда. Отмечена связь частоты эпизодов ишемии миокарда с уровнем HbA1c. В группе с HbA1c > 8% ишемия миокарда выявлена при холтеровском мониторировании у всех больных и чаще сочеталась с типичным болевым синдромом.

При HbA1c от 7 до 8% безболевого ишемия регистрировалась также у всех пациентов, но боли ангинозного характера отмечали только 4 пациента. При HbA1c < 7% отсутствовали клинические проявления и ишемия регистрировалась у 20 пациентов (66,6%).

Оценка результатов суточного мониторирования ЭКГ показала, что у большинства больных СД типа 2 – 62 пациентов (65,9%) встречаются различные нарушения ритма, при этом клинические проявления аритмии отмечали 48 человек (77,4%). Преобладают наджелудочковые нарушения ритма, которые зарегистрированы у 44 пациентов (70,9%), у 18 (29%) – отмечаются желудочковые аритмии. При этом, имеется прямая корреляция между частотой встречаемости нарушений ритма и уровнем гликозилированного гемоглобина HbA1c.

Одной из вероятных причин такого течения ИБС у больных с СД типа 2 является длительная гипергликемия, которая способствует повышению порога болевой чувствительности в соответствующих центрах мозга и активации процессов свободно-радикального окисления, что является одним из механизмов развития безболевого ишемии миокарда.

Данное исследование показало, что у больных с сочетанием ИБС и СД 2 типа имеет место безболевого ишемия миокарда и бессимптомное течение нарушений ритма сердца, что подтверждает необходимость проведения суточного мониторирования ЭКГ данной категории больных в возрастной группе старше 60 лет.

ДИАГНОСТИКА МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Леонова И.А., Болдуева С.А.,
Захарова О.В., Петрова В.Б.

Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

С времени описания Н.G. Kemp микроваскулярной стенокардии (МВС) диагностическими

критериями были: ангинозный болевой синдром в грудной клетке, положительный ишемический стресс-тест и неизменные или малоизмененные коронарные артерии (КА) при отсутствии их спазма. Согласно современным рекомендациям, необходимо подтверждать диагноз не только выявлением ишемии миокарда с помощью стресс-тестов и результатами коронарографии (отсутствие изменений или необструктивное поражение КА), но и доказать наличие микроваскулярной коронарной дисфункции.

Первый шаг при постановке диагноза-исключение неишемической причины болей, а также вторичной МВС. Далее используются стресс-тесты. Положительная предсказательная ценность тредмил-теста для диагностики МВС 50%, высокое отрицательное прогностическое значение (80%) этих тестов делает их использование приемлемым в рутинной клинической практике. Стресс-ЭХО-КГ нередко не выявляет локальные нарушения сократимости из-за неравномерной и мозаичной локализацией очагов ишемии в субэндокардиальных слоях миокарда. Предпочтительными стресс-тестами для обнаружения ишемии миокарда при МВС являются визуализирующие методики, позволяющие выявить нарушения перфузии миокарда: однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОФЭКТ), позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ), но они обычно используются после исключения обструкции КА. Метаболические маркеры ишемии (лактат, продукты окисления жирных кислот, фосфор-31, концентрация ионов водорода и др.), определяемые в коронарном синусе во время различных стресс-тестов, используются в научных целях. Следующий шаг-исключение обструкции КА. Согласно существующим рекомендациям, для оценки состояния КА при высоком сердечно-сосудистом риске должна использоваться коронарография, при отсутствии высокого риска может применяться мультиспиральная компьютерная томография. Следует убедиться, что у пациента отсутствует вазоспастическая стенокардия. Наиболее точным методом выявления вазоспазмов КА считается тест с внутрикоронарным введением ацетилхолина. Следующий шаг – доказательство микроваскулярных расстройств, нарушений резерва коронарного кровотока: «coronary flow reserve» (CFR), которое предлагается оценивать: путем интракоронарного введения аденозина/ацетилхолина и АХ, с помощью трансторакальной эхокардиографии при измерении диастолического коронарного кровотока по передней межжелудочковой артерии после введения аденозина, а также по результатам ПЭТ и МРТ. Кроме CFR определяется также резерв скорости коронарного потока («coronary flow velocity reserve» – CFVR). Индекс микроциркуляторного сопротивления (ИМС) с высокой воспроизводимостью и достоверностью

позволяет оценить состояние микроциркуляции, повышение ИМС >25 позволяет диагностировать миокардиальную дисфункцию (МКД) точнее, чем CFR. Все рассмотренные способы диагностики в настоящее время имеют недостаточно высокий уровень доказательности (ПВ), так как больших проспективных исследований на эту тему не проводилось. По нашим данным в качестве неинвазивного теста для оценки наличия коронарной эндотелиальной дисфункции может использоваться метод периферической артериальной тоно-метрии. Если у больного присутствует упорный болевой синдром, а признаки ишемии миокарда не выявляются, мы используем ПЭТ с диагностическими пробами и при верификации МКД считаем стресс-тест с ФН – ложно-отрицательным, также исследуем болевую чувствительность методом оценки ноцицептивного флексорного рефлекса, показавшего свою высокую диагностическую значимость при обследовании этих пациентов. В связи с высокой распространенностью тревожных нарушений данным больным показано психологическое обследование.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДЛИТЕЛЬНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТОМ С ТЯЖЕЛОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОСЛЕ СТИМУЛЯЦИИ СПИННОГО МОЗГА КАК СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Леонова И.А.¹, Болдуева С.А.¹,
Захарова О.В.¹, Рзаев Д.А.²

¹Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург,

²Федеральный центр нейрохирургии,
г. Новосибирск

У пациентов с длительной тяжелой артериальной гипертензией и выраженной гипертрофией левого желудочка нередко развивается вторичная стенокардия, лечение которой традиционной антиангинальной терапией не всегда эффективно. У таких больных формируются вторичные микроваскулярные нарушения, вызванные как структурными изменениями, так и эндотелиальной дисфункцией, что реализуется во вторичную стенокардию.

Механизм образования и ощущения боли происходит на различных уровнях – от периферических рецепторов до коры головного мозга, в том числе и на уровне спинного мозга в области его задних рогов. В 1965 году R. Melzack и P. Wall была создана «воротная теория боли». После изучения данной теории

произошло создание приборов для стимуляции, воздействующих на легковозбудимые волокна группы А-бета в области периферических нервов и на уровне спинного мозга, что блокирует поступающую информацию о боли. Метод стимуляции спинного мозга рекомендован в качестве альтернативного у пациентов с рефрактерной стенокардией. Механизм воздействия связан как с устранением ноцицептивного компонента, так и частично, устранения ишемии за счет снижения симпатического воздействия.

Представляем клинический случай 9-летнего наблюдения за пациентом с длительным анамнезом тяжелой артериальной гипертензии, развитием выраженной гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ), вторичной микроваскулярной стенокардии, которому для купирования ангинозных болей была имплантирована система спинальной стимуляции.

Пациент был госпитализирован в 2011 году в кардиологическую клинику для выполнения повторной коронарографии в связи с жалобами на ангинозные боли на уровне стенокардии напряжения III ф.к. в течение 5 лет до госпитализации, по данным предыдущей коронарографии стенозирования коронарных артерий не выявлено. В анамнезе длительная тяжелая плохо контролируемая артериальная гипертензия, дислипидемия. По данным эхокардиографии – выраженная ГЛЖ (межжелудочковая перегородка 19 мм, толщина задней стенки 17 мм, индекс массы миокарда левого желудочка 142 г/м²), рестриктивный тип диастолической дисфункции ЛЖ. Пациенту был выполнен нагрузочный тест (стресс ЭХО КГ), который был расценен на положительный. По данным коронарографии коронарные артерии не изменены. Пациент получал антиангинальную терапию (бета-блокаторы, блокаторы медленных кальциевых каналов, нитраты, цитопротекторы), дезагреганты, статины, гипотензивные препараты. Однако, несмотря на проводимую терапию, у пациента сохранялись боли в грудной клетке, лимитирующие физическую активность и снижающие качество жизни согласно данным Сизтлского опросника больных стенокардией. Пациенту была выполнена имплантация устройства для стимуляции спинного мозга (С7-Th2). В течение 9-летнего наблюдения у пациента отсутствовали кардиоваскулярные события, пациент получал рекомендованную терапию, за исключением нитратов, потребность в которых исчезла. Пациент использовал само-стимуляцию согласно предложенному протоколу перед физической нагрузкой, боли в грудной клетке практически не беспокоили за все время наблюдения, АД стабилизировано на оптимальных значениях. Качество жизни, согласно данным Сизтлского опросника больных стенокардией было удовлетворительным.

Представленный клинический случай позволяет сделать вывод, что такой метод как стимуляция спинного мозга может быть эффективной в лечении

вторичной микроваскулярной стенокардии вследствие выраженной ГЛЖ и неизмененных коронарных артериях.

ДИНАМИКА ИНТЕНСИВНОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА И ПСИХОПАТИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Леонова И.А.¹, Болдуева С.А.¹, Ишинова В.А.²

¹Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,

²Федеральный научный центр реабилитации инвалидов имени Г.А. Альбрехта, Санкт-Петербург

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) относится к группе психосоматических заболеваний и очень богата психопатологическими проявлениями. Возникающая в результате неблагоприятного эмоционального фона «симпатикотония» приводит к повышению частоты сердечных сокращений и, соответственно, к увеличению потребности миокарда в кислороде, усилению интенсивности и количества ангинозных болей. Таким больным показана психотерапия, ориентированная на оптимизацию эмоционального состояния и уменьшение интенсивности ангинозной боли.

Цель работы. Исследование изменения интенсивности ангинозной боли в начале и в конце курса медицинской реабилитации и ее влияния на оценку личностно-характерологических особенностей больных ИБС.

Материалы и методы. Было обследовано 39 больных ИБС (35 мужчин и 4 женщины, средний возраст $54,00 \pm 0,99$ года), с ангинозными болями (стабильная стенокардия напряжения). У 28 (71,8%) пациентов в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда. У большинства пациентов 34 человека (87,2%) отмечалась стенокардия напряжения II ф.к., у 2 (5,1%) – III ф.к., у 3 больных (7,7%) – I ф.к. Тяжелая стенокардия напряжения IV ф.к. не была отмечена ни у одного пациента. Все больные получали стандартную антиангинальную терапию.

Психологическое тестирование проводилось в начале и в конце курса медицинской реабилитации. Использовались опросники: опросник SF-36, Айзенка, опросника SCL-90-R, опросник Шмишека.

Для уменьшения интенсивности ангинозной боли и оптимизации эмоционального состояния в

рамках медицинской реабилитации был проведен курс из 10 сеансов эмпатотехники продолжительностью каждого 45 минут.

Результаты. В начале курса реабилитации у больных ИБС обнаружена ангинозная боль высокой степени интенсивности ($40,28 \pm 2,16$), которая сопровождалась умеренным уровнем нейротизма, выраженной психопатологической симптоматикой. Исследование личностно-характерологических особенностей больных ИБС показало наличие тенденций к акцентуациям эмотивного и застревающего типов, что проявлялось в повышенной эмоциональности, чувствительности, тревожности больных этой группы. Корреляционный анализ с применением рангового коэффициента корреляции Спирмена показал ($r=0,5$ $p<0,05$) наличие зависимости уровня нейротизма, тревожности, депрессии, межличностной чувствительности от интенсивности ангинозной боли. Также была выявлена отрицательная корреляционная связь между показателем боли и личностными характеристиками эмотивного типа ($r=-0,46$ $p<0,05$). Так, с увеличением интенсивности ангинозной боли отмечалось усиление проявлений повышенной чувствительности, эмоциональности, чувствительности больных ИБС ($r=0,45$ $p<0,05$). В конце курса медицинской реабилитации наблюдалось достоверное ($p<0,001$) уменьшение интенсивности ангинозной боли ($63,32 \pm 2,84$), снижение уровней тревожности, межличностной чувствительности, депрессии, враждебности, а также нейротизма (эмоциональной лабильности). Была установлена отрицательная взаимосвязь между показателями боли, депрессии, тревожности ($r=-0,048$ $p<0,05$) и отсутствие корреляционной связи между показателями боли и нейротизма.

Таким образом, проведенное исследование обнаружило снижение интенсивности ангинозной боли, уровня нейротизма и выраженности психопатологической симптоматики в конце курса медицинской реабилитации.

ТУБЕРКУЛЕЗ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМ СТАТУСОМ ТАБАКОКУРЕНИЯ

Луковкина Д.О.¹, Арчакова Л.И.²

¹Санкт-Петербургский государственный университет,

²Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии, Санкт-Петербург

Цель исследования. Выявить особенности клинического течения туберкулеза органов дыхания у пациентов с различным статусом табакокурения.

Материалы и методы. Ретроспективно изучена 31 медицинская карта пациентов с впервые выявленным лекарственно чувствительным туберкулезом органов дыхания с очаговой, инфильтративной и диссеминированной формами заболевания, лечившимися в терапевтическом отделении ФГБУ «СПб НИИФ» с января по декабрь 2018 года. Средний индекс табакокурения $15,02 \pm 3,11$ пачка/лет.

Результаты. Доля бактериовыделителей среди курящих пациентов (71,05%) статистически значимо ($p < 0,05$) превышала данный показатель в группе некурящих больных (43,33%).

Средняя длительность госпитализации в группе курящих больных туберкулезом органов дыхания (163.15 ± 11.25 дней) статистически значимо ($p < 0,05$) превышала этот показатель в группе некурящих (108.36 ± 7.49 дней).

Значимых различий показателей функции внешнего дыхания у пациентов двух групп в ходе исследования обнаружено не было ($p > 0,05$ для всех оцениваемых критериев).

Заключение. На основании данного исследования можно сделать вывод, что положительный статус табакокурения может рассматриваться как неблагоприятный предиктивный фактор у первичных пациентов с лекарственно чувствительным туберкулезом органов дыхания; курящие больные имеют больший потенциал развития бактериовыделения, чем некурящие.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА С МОНОВАЛЕНТНОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ К ГРИБАМ РОДА CANDIDA

Мавлянова Ш.З., Есионова Е.В., Разикова Г.Р.
Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр
дерматовенерологии и косметологии,
Ташкент, Республика Узбекистан

В последние годы отмечается рост больных с атопическим дерматитом с сенсibilизацией на условно-патогенные микроорганизмы. Среди них в качестве алергизирующих факторов важное значение придается дрожжеподобным грибам рода *Candida*.

Цель исследования. Дать оценку клинического течения атопического дерматита с моновалентной сенсibilизацией к грибам рода *Candida*.

Материал и методы исследования. Обследовано 135 больных с атопическим дерматитом в возрасте от 5 до 47 лет. Контрольную группу составили 36 здоровых лиц. У всех больных проводились клинические, иммунологические и микологические исследования.

Результаты исследования. Результаты микологических исследований биосубстратов показали высокую выявляемость дрожжеподобных грибов рода *Candida* у 93 больных АД, что составило 68,8%. Причем среди биосубстратов наиболее часто высевался в кишечнике *Candida spp.* – у 54 больных (58,1%), тогда как на слизистой полости рта рост отмечался у 37 (39,8%).

В зависимости от клинической формы АД грибы рода *Candida* наиболее часто высевались при пруригинозной и лихеноидной форме – 29,1% и 24,8% соответственно, а при эритематозно-сквамозной форме с лихенификацией – 18,2%, экссудативной форме – 15,1%, при эритематозно-сквамозной – 12,9%.

Исследования титра ИФА к *Candida spp.* показали повышение концентрации IgG к *Candida* $0,9 \pm 0,08$ пг/мл на фоне гиперпродукции общего IgE по сравнению со здоровыми лицами ($P < 0,05$), что свидетельствовало о развитии грибковой сенсibilизации.

Исследования обсемененности кишечника грибами рода *Candida spp.* показало высокую высеваемость дрожжеподобных грибов. Показатель высеваемости *Candida spp.* в кишечнике была наиболее высокой при лихеноидной и пруригинозной формах, что составило 73,9 и 81,5%, а при эритематозно-сквамозной форме – 41,7%, эритематозно-сквамозной с лихенификацией – 29,4%, экссудативной – 42,9% соответственно.

Клиническая картина атопического дерматита с микогенной сенсibilизацией характеризовалась папулезными высыпаниями ($86,5 \pm 5,6$), уртикариями ($27,0 \pm 7,3$), узелковыми ($51,4 \pm 8,2$) и пустулезными высыпаниями ($45,9 \pm 8,2$) по сравнению у больных без микогенной сенсibilизации. Полученные данные имели статистически достоверный характер ($P < 0,05$).

Выводы. Таким образом, у больных АД отмечается повышенная чувствительность к грибам рода *Candida*, характеризующееся высокой обсемененностью биосубстратов кишечника и повышенной концентрацией IgG к *Candida* в крови на фоне гиперпродукции IgE, которые обуславливают развитие инвазивно-аллергической формы микогенной сенсibilизации, что требует разработки патогенетической терапии.

К РЕЗУЛЬТАТАМ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СВОЙСТВ КРЕМНИСТЫХ РАСТВОРОВ

Мавлянова Ш.З.¹, Бурханов А.У.¹, Мавлянов П.Н.²,
Махсудов М.Р.¹, Шукуров И.Б.³

¹Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр
дерматовенерологии и косметологии,

²Государственное предприятие
гидрогеологии и инженерной геологии,

³Бухарский медицинский институт,
Ташкент, Республика Узбекистан

Фундаментальные исследования в медицинской науке играют важное значение в разработке новых инновационных возможностей в практической медицине. Минеральные воды, содержащие кремниевую кислоту, давно привлекают внимание бальнеологов при лечении кожных заболеваний.

Цель исследований. Клинико-экспериментальная оценка противовоспалительного характера кремнистых вод при экспериментальном контактом дерматите.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось согласно фундаментальному проекту ССВ-Ф-003 «Исследование молекулярно-генетических и биохимических механизмов формирования оппортунистических инфекций у больных аллергодерматозами и разработка новых способов терапии на основе использования природных ресурсов». Для изучения противовоспалительной активности кремнистых растворов SiO₂ (30 мг/л) были проведены экспериментальные клинико-микробиологические исследования у 21 белых морских свинок с экспериментально вызванным воспалительным процессом на коже на базе экспериментальной лаборатории РСНПМЦДВиК МЗ РУз. У всех животных проводили клинические, микробиологические исследования. Для сравнительной характеристики оценки эффективности воздействия кремнистых вод исследуемая группа морских свинок была разделена на 2 группы: I – группа составили 11 свинок мышей, у которых в очагах поражения на коже были применены активизированные кремнистые растворы в виде примочек в 3-4 слоях марлевой повязки; II – группа – составили 10 свинок, у которых были применены в виде примочек с обычной водой. У всех морских свинок проведены клинические и микробиологические исследования и оценка исходной тяжести кожно-патологического процесса. Показатель оценивался по основным кли-

ническим проявлениям воспалительного процесса: эритема, отек, мокнутие, папулы, шелушение, трещины, гнойничковые элементы.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что показатели воспалительного процесса на фоне использования активизированных кремнистых растворов SiO₂ в дозе более 30 мг/л заметно уменьшались на 2-3-й день, 4-5-й и остальные дни. Показатели имели статистически достоверный характер (P<0,05). Тогда как при применении обычных природных вод в виде примочек кожно-патологический процесс практически не рассасывался. Показатели имели статистически недостоверный характер (P>0,05).

Результаты микробиологических исследований показали, что из 21 морских свинок на коже в очаге поражения у 16 был высеян St. Aureus с повышенной колонизацией – 1512,5±204,5 КОЕ/см². На 7-8-й день экспериментального исследования на фоне использования примочки с активизированными кремнистыми растворами уровень колонизации достоверно снизился и составил – 204,5±31,7 КОЕ/см² (P<0,05). Тогда как, в группе, где были использованы обычные природные воды, уровень колонизации оставался на достаточно высоком уровне и имел недостоверный характер (P>0,05). Анализ результатов экспериментальных исследований показывает о значительной противовоспалительной эффективности активизированных кремнистых растворов SiO₂ – 30 мг/л.

Выводы. Анализ полученных результатов свидетельствует о том, что кремнистые растворы в перспективе можно использовать в медицинской практике для лечения воспалительных процессов кожи.

АКТИВАЦИЯ «ЦИТОКИНОВОЙ СЕТИ» ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Маджидова Ё.Н.¹, Усманова Д.Д.¹, Липатова Л.В.²

¹Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Республика Узбекистан,

²Национальный медицинский исследовательский
центр имени В.А. Алмазова,
Санкт-Петербург

Введение. Сосудистые заболевания головного мозга из-за значительной распространенности и тяжелых, чаще всего необратимых последствий представляют серьезную медицинскую и социальную проблему.

Для цереброваскулярной патологии с хроническими формами недостаточности мозгового кровообращения характерно диффузное поражение мелких артерий с формированием микро- и макроангиопатий, приводящих к развитию гемодинамических и метаболических нарушений головного мозга, накоплению ишемических и вторичных нейродегенеративных изменений в зонах кровоснабжения мелких пенетрирующих мозговых артерий и артериол. Эндотелиальная дисфункция и нарушение гематоэнцефалического барьера сопровождаются вазогенным отеком мозга, трансудацией плазменных белков и периваскулярным энцефалоллизом, активацией микроглии и развитием «цитокинового ответа». Цитокины играют ведущую роль в регуляции основных этапов иммунного ответа, а провоспалительные цитокины (ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-12, ИФН- γ , ФНО- α) характеризуются широким спектром биологического действия на клетки-мишени. Патологическая активация «цитокиновой сети» лежит в основе патогенеза целого ряда заболеваний человека, включая, хронические цереброваскулярные заболевания, сопровождающиеся васкупатиями, повреждением гематоэнцефалического барьера и последующим выходом нейроантигенов в периферическое русло крови с формированием иммунопатологических реакций, в частности, системного воспалительного ответа. Процесс системного гуморального воспаления, затрагивающий микроциркуляторное русло, вызывает активацию глиальных клеток и секрецию медиаторов воспаления в клетках головного и спинного мозга, тем самым активирует множество разных типов иммунных клеток, формирующих комплексную защитную реакцию, направленную на элиминацию повреждающих агентов и восстановление гомеостаза.

Цель исследования. Изучить содержание провоспалительных цитокинов в сыворотке крови больных с хронической ишемией мозга (ХИМ) в зависимости от ее этиологии.

Материалы и методы исследования. У 84 больных с ХИМ, разделенных на 2 группы в зависимости от этиологии ХИМ (53 (63,1%) пациента – с ХИМ гипертонического генеза, 31 (36,9%) – с ХИМ атеросклеротического генеза) и у 20 практически здоровых доноров (контрольная группа) было исследовано содержание цитокинов ИЛ-1 β , TNF- α и ИЛ-6 в сыворотке периферической крови методом ИФА – анализа с применением коммерческих тест – систем «Вектор-Бест», Новосибирск, РФ, 2013 г.

Результаты. Содержание ИЛ-1 β в сыворотке крови пациентов с ХИМ различного генеза было выше значений ИЛ-1 β группы контроля в 1,51 ($P<0,05$) и 1,28 ($P<0,05$) раза, соответственно. Наиболее вы-

сокое содержание ИЛ-1 β диагностировано у пациентов с ХИМ гипертонического генеза: увеличение в 1,18 ($P<0,05$) раза относительно значений пациентов с ХИМ атеросклеротического генеза: в 1-й группе больных этот показатель составил $14,96\pm 0,86$ пг/мл, во 2-й группе – $12,71\pm 0,58$ пг/мл.

Анализ содержания ИЛ-6 в сыворотке периферической крови пациентов с ХИМ позволил выявить достоверное повышение во всех исследуемых группах по отношению к контролю. Так, в 1-й группе уровень ИЛ-6 повышен в 2,65 раза ($P<0,001$), во 2-й группе – в 2,02 раза ($P<0,001$), по отношению к контролю, составляя $9,06\pm 0,54$ пг/мл и $6,94\pm 0,34$ пг/мл, соответственно. Согласно приведенным данным, при ХИМ гипертонического генеза изменения уровня ИЛ-6 более выражены и достоверно превышают значения пациентов с ХИМ атеросклеротического генеза – в 1,31 раза ($P<0,01$).

Сывороточный уровень TNF- α у пациентов 1-й и 2-й групп составил $11,70\pm 0,64$ пг/мл и $8,04\pm 0,36$ пг/мл, соответственно, что в 2,56 ($P<0,001$) и 1,76 ($P<0,001$) раза превышало значения TNF- α контрольной группы, равные $4,58\pm 0,81$ пг/мл.

Заключение. Таким образом, установлено повышение уровня всех исследуемых цитокинов в сыворотке крови пациентов с ХИМ различной этиологии, в сравнении с группой контроля здоровых лиц, при этом у пациентов с ХИМ гипертонического генеза отмечался достоверно более высокий уровень содержания ИЛ-1 β и ФНО- α и ИЛ-6, что свидетельствует о большей напряженности иммунопатологических процессов системного воспаления при данной форме ХИМ.

ВОЗМОЖНОСТИ ДЕНСИТОМЕТРИИ В ОЦЕНКЕ РИСКА ПЕРЕЛОМОВ И ПРОГНОЗА БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Мазуренко С.О., Соин П.В.,
Старосельский К.Г., Мазуренко М.С.,
Кошечева Т.А., Степochкина А.М.

Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить возможности денситометрии в оценке риска переломов больных с хронической болезнью почек (ХБП). Изучить влияние минеральной плотности костей (МПК) на качество жизни и долгосрочный прогноз больных с ХБП.

Материалы и методы. В исследование включено 609 пациентов с ХБП, средний возраст

43,9±12,3 лет. Обследование больных включало денситометрию, рентгенографию, компьютерную томографию. Для оценки качества жизни применялся общий вопросник EQ-5D.

Результаты. Абсолютный риск перелома у больных с ХБП, увеличивался по мере снижения критериев T и Z. Критерий T во всех анализируемых зонах имел большую чувствительность и специфичность. Многовариантный регрессионный анализ выявил, что одновременное использование критерия T костей предплечья и позвонков L1-L4, в сочетании с общей длительностью гемодиализа, достоверно предсказывает риск переломов.

В ходе проспективного исследования (наблюдение 2,75±2,1 года) анализ выживаемости методом Каплана-Мейера показал достоверное увеличение смертности от сердечно-сосудистой патологии у больных с остеопенией, остеопорозом в сравнении с пациентами с нормальной МПК. Исследование качества жизни больных показало, что у пациентов с остеопорозом, преимущественно страдала подвижность, уход за собой, чаще появлялись жалобы на боль, тревогу и депрессию ($p < 0,05$).

Выводы. Критерии T и Z адекватно отражают абсолютный и относительный риск переломов больных, получающих лечение гемодиализом и пациентов с трансплантатом почки. Остеопения и остеопороз у больных с ХБП ассоциируются с высоким риском смерти от сердечно-сосудистой патологии. Остеопороз оказывает отрицательное влияние на показатели качества жизни больных с ХБП, влияя на подвижность пациентов, способность ухода за собой, а также на боль, тревогу и депрессию ($p < 0,05$).

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Мазуренко С.О.^{1,2}, Ростов Л.Ж.¹, Буева К.А.¹,
Бубнова Н.А.^{1,2}, Шатиль М.А.²,
Добрынин О.Н.², Чернышев О.Б.²

¹Санкт-Петербургский государственный университет,

²Городская больница

Святого Великомученика Георгия,

Санкт-Петербург

Цель исследования. Инфекции кожи и мягких тканей являются частой причиной госпитализации и применения антибиотикотерапии и могут привести к инвалидности и смерти. Понимание изменяющейся факторов риска и эпидемиологии всех осложненных инфекций кожи и мягких тканей необходимо для эф-

фективной профилактики этих тяжелых, угрожающих жизни заболеваний. В исследовании поставлена цель изучить факторы риска развития гнойно-некротических инфекций мягких тканей.

Материалы и методы. В наблюдательное, аналитическое исследование включены 94 пациента (53 мужчины и 41 женщины) в возрасте от 21 до 90 лет (средний возраст 57,3±15,7 лет), получавших лечение в отделениях гнойной хирургии СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия». Выполнен анализ историй болезни пациентов, а также использованы формализованные опросники для выявления заболеваний и факторов риска, приведших к развитию инфекций мягких тканей.

Результаты и обсуждение. По результатам выполненного исследования изученная выборка пациентов была разделена на три основные группы:

Пациенты, страдающие сахарным диабетом (всего 44, 26 мужчин, 18 женщин). Из них 41 пациент страдал диабетом 2 типа, 3 пациента – диабетом 1 типа. Избыточную массу тела (предожирение) имели 15 пациентов, ожирение 1 степени – 11, ожирение 2 степени – 6, ожирение 3 степени – 5 пациентов. Только 7 пациентов имели нормальную массу тела. 25 пациентов в анамнезе указали на значительный стаж курения (от 8 до 48 лет, в среднем 29±11,4 лет). У одного курящего пациента с сахарным диабетом 2 типа и избыточной массой тела выявлена ВИЧ инфекция.

Пациенты с избыточной массой тела и ожирением (всего 36, 19 мужчин, 17 женщин, средний возраст 60,9±16 лет). Избыточную массу тела имели 13 пациентов, ожирение 1 степени – 14, ожирение 2 степени – 6, ожирение 3 степени – 3 пациента. 16 пациентов в анамнезе указали на значительный стаж курения (от 5 до 56 лет, в среднем 28±12,6 лет). У двух курящих пациентов с ожирением 1 и 2 степени выявлена ВИЧ инфекция.

Пациенты с нормальной массой тела (всего 21, 13 мужчин, 8 женщин, средний возраст 47,2±14,7 лет). 18 пациентов в анамнезе указали на значительный стаж курения (от 5 до 45 лет, в среднем 21,6±12,3лет). У двух курящих пациентов с нормальной массой тела выявлена ВИЧ инфекция.

Выводы. На основании анализа полученных данных, сделан вывод, что ожирение с сахарным диабетом или без него является основным фактором риска развития гнойно-некротических инфекций мягких тканей. Наиболее тяжелые формы этих инфекций наблюдались у курящих пациентов с избыточной массой тела. У пациентов с нормальной массой тела основным фактором риска развития гнойно-некротических инфекций мягких тканей оказалось курение.

ЭФФЕКТЫ ТОРАСЕМИДА И ИНДАПАМИДА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ДЕФИЦИТОМ МАГНИЯ

Майлян Д.Э., Коломиец В.В.

Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького,
г. Донецк, Украина

Цель исследования. Оценить влияние непрерывной 4-месячной терапии индапамидом и торасемидом в субдиуретической дозе на электролитный обмен и маркеры прогрессирования дисфункции миокарда левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), обусловленной эссенциальной гипертензией (ЭГ).

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 62 женщины постменопаузального возраста с установленной ЭГ 2-й степени, ХСН II–III функционального класса по классификации NYHA, умеренным отечным синдромом и дефицитом магния по данным магнийтолерантного теста. Всем обследуемым назначался рамиприл в дозе 5 мг. Пациенты были разделены на две группы. В первой к назначенному лечению был добавлен торасемид в дозе 2,5 мг 1 раз в сутки, а во второй – ретардированный индапамид в дозе 1,5 мг 1 раз в день. До назначения диуретиков и через 4 месяца после коррекции терапии определяли уровни NT-proBNP, K, Na, Mg, Ca сыворотки крови при помощи автоматического биохимического анализатора «ChemWet Combo» (США), а также проводили пробу с 6-минутной ходьбой (6МХ) с расчетом мощности и выполненной нагрузки. Статистический анализ полученных данных был выполнен при помощи компьютерного пакета программы STATISTICA (версия 12.0).

Результаты и обсуждение. До коррекции лечения разница между показателями электролитного обмена, уровнями NT-proBNP, результатам теста с 6МХ в обеих группах были статистически незначимыми ($p > 0,05$).

На фоне терапии было выявлено значимое увеличение пройденного расстояния практически в 1,5 раза в обеих группах: с $254,6 \pm 21,2$ для 1-й группы и $268,3 \pm 27,9$ м до $376,7 \pm 45,3$ и $388,8 \pm 35,4$ м, соответственно ($p < 0,05$). При этом разница между показателями, зафиксированными через 4 месяца, были статистически незначимыми ($p > 0,05$). Прирост мощности выполняемой нагрузки был значительно выше в группе торасемида: $895,1 \pm 77,3$ по сравнению с $601,1 \pm 72,7$ кг \times м/с. При анализе изменений элек-

тролитного обмена было выявлено значимое снижение ($p < 0,05$) уровня K в обеих группах: с $4,32 \pm 0,07$ и $4,20 \pm 0,08$ ммоль/л до $3,49 \pm 0,06$ и $3,97 \pm 0,09$ ммоль/л, соответственно, хотя в группе индапамида снижение данного показателя было более выраженным ($p < 0,05$). Также определялось достоверное ($p < 0,05$) повышение сывороточного уровня Ca в группе индапамида: с $2,31 \pm 0,07$ до $2,51 \pm 0,09$ ммоль/л. При этом значимого изменения в сывороточной концентрации магния выявлено не было ($p > 0,05$).

У всех пациентов отмечалось значимое снижение ($p < 0,05$) NT-proBNP с $811,7 \pm 53,5$ и $755,3 \pm 47,3$ пг/мл до $189,2 \pm 19,5$ и $293,0 \pm 23,4$ пг/мл. Причем после коррекции лечения в группе торасемида было достигнуто более выраженное ($p < 0,05$) снижение данного показателя.

Выводы. При проведении длительной терапии торасемида у пациента с дефицитом магния отмечается более выраженное уменьшение прогрессирования ХСН и увеличение толерантности к физическим нагрузкам при незначительном изменении электролитного обмена.

ВЛИЯНИЕ ЭСТРОГЕН- РЕЦЕПТОРНОГО СТАТУСА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА

Майлян Э.А., Чурилов А.В., Немсадзе И.Г.

Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького,
г. Донецк, Украина

Остеопороз (ОП) – широко распространенное хроническое прогрессирующее метаболическое системное заболевание скелета, которое характеризуется снижением минеральной плотности (МПК) и нарушением микроархитектоники костной ткани, вследствие чего снижается ее прочность и повышается риск переломов. Основной причиной развития ОП у женщин в постменопаузе является ассоциированный с возрастом дефицит эстрогенов. Недостаточная позитивная роль эстрогенов в ремоделировании костной ткани может быть обусловлена как снижением продукции вышеуказанных гормонов, так и снижением количественных и функциональных характеристик эстрогеновых рецепторов.

Цель исследования. Изучить эффективность лечения алендроновой кислотой женщин с постменопаузальным ОП в зависимости от уровней эстрадиола и полиморфизма rs2234693 гена эстрогенового рецептора 1 типа (ESR1).

Материалы и методы. Обследовано 55 женщин с постменопаузальным ОП в динамике лечения препаратом алендроновой кислоты. Измерение МПК было проведено методом двуэнергетической рентгеновской абсорбциометрии до и после 12 месяцев терапии. Эффективность лечения оценивали по приросту МПК, выраженному в процентах (Δ МПК). Для детекции полиморфизма rs2234693 гена ESR1 использовали метод ПЦР в режиме реального времени. Уровни эстрадиола определяли при помощи иммуноферментного анализа.

Результаты и обсуждение. Установлено, что средние концентрации эстрадиола в сыворотке крови женщин до и после 12 месяцев лечения существенно не изменялись, составив соответственно $28,4 \pm 3,5$ пг/мл и $25,7 \pm 3,3$ пг/мл ($p > 0,05$). Проведение корреляционного анализа позволило установить отсутствие достоверных связей между значениями Δ МПК и уровнями эстрадиола, установленными как до терапии, так и по ее окончании ($p > 0,05$). Среди обследованных женщин обладателей генотипа ТТ полиморфизма rs2234693 гена ESR1 было 30,9% ($n=17$), генотип ТС и СС – 49,1% ($n=27$) и 20,0% ($n=11$) соответственно. Анализ возможного влияния полиморфизма rs2234693 на эффективность лечения осуществлялся отдельно по каждой зоне денситометрии. С величиной Δ МПК в проксимальных отделах левого и правого бедра, а также в шейках бедренных костей ассоциаций генотипов вышеуказанного полиморфизма установлено не было ($p > 0,05$). Вместе с тем была установлена связь полиморфизма rs2234693 гена ESR1 с эффективностью лечения по результатам денситометрии поясничных позвонков. Δ МПК в зоне позвонков L1-L4 у лиц с генотипом ТТ составила $3,09 \pm 1,33\%$, что было значительно ниже ($p = 0,046$), чем у остальных женщин ($6,28 \pm 0,82\%$).

Известно, что в результате связывания со своими рецепторами в клетках костной ткани эстрогены способны повышать активность остеобластов и снижать функцию остеокластов. Следствием мутаций гена ESR1 могут быть изменения структурно-функциональных характеристик эстрогеновых рецепторов, в том числе таких, которые приводят к снижению их чувствительности к воздействию эстрогенов. По всей видимости, наличие у пациентов генотипа ТТ полиморфизма rs2234693 снижает функциональные свойства эстрогеновых рецепторов и способствует повышенной потере костной ткани у женщин постменопаузального возраста, что приводит к недостаточному эффекту терапии постменопаузального ОП, так же как и к повышенному риску заболевания, что было доказано ранее.

Выводы. При обследовании 55 женщин в динамике лечения постменопаузального ОП алендронатом установлен низкий прирост МПК ($3,09 \pm 1,33\%$) в

поясничных позвонках L1-L4 у лиц с генотипом ТТ полиморфизма rs2234693 гена ESR1 ($p = 0,046$).

ОСОБЕННОСТИ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Макова О.Н., Шаповалова О.В., Овсянников Е.С.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Абдоминальное ожирение является не только проблемой избыточного веса для его носителя, но и широким клиническим спектром нарушений, имеющих общие патогенетические механизмы, взаимно отягощающих друг друга и нарушающих качество жизни. В настоящее время собрано большое количество данных, связывающих наличие ожирения с нарушением метаболизма железа, в частности с железodefицитом.

Цель. Определить взаимосвязь анемии с абдоминальным ожирением и метаболическим синдромом.

Материалы и методы. Было проведено ретроспективное исследование историй болезни 100 пациентов терапевтического отделения БУЗ ВО ВГКБСМП №1 (Воронеж): мужчины – 34 (от 24 до 90 лет, средний возраст – $70 \pm 5,3$ лет) женщины – 66 (от 42 до 88 лет, средний возраст – $74 \pm 5,2$ г.). Оценивались основные параметры: возраст, пол, наличие сочетания диагнозов анемия (различной этиологии) и абдоминального ожирения, ИМТ, уровень гемоглобина в ОАК и уровень сывороточного железа в биохимическом анализе крови. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы SPSS20, описательной статистики и критерия хи-квадрат и t-теста для независимых выборок.

Результаты исследования. Развитие анемии было связано с наличием абдоминального ожирения и метаболического синдрома (из 100% больных с анемией 88% имеют ожирение), из 88% обследуемых с ожирением приблизительно одинаковое количество лиц с ожирением 1 стадии (36%) и 2 стадии (38%). При этом данные различия были достоверны ($\chi^2 = 8,056$, $p < 0,05$).

У большинства обследуемых уровень гемоглобина составлял 80-99 г/л. Чаще анемия и ожирение сочетались у пожилых пациентов (80%), из них большую часть составляли женщины (67,5%).

В 70% случаев ожирение сочетается с ЖДА.

Выводы. 1. Выявленные данные подтверждают взаимосвязь анемии с абдоминальным ожирением.

ем и метаболическим синдромом. 2. Для выявления патогенетических механизмов развития анемии при данных состояниях необходимо более углубленное изучение данного вопроса на большей выборке пациентов, возможно с применением более информативных методов исследования.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК ДЕСИНХРОНОЗ И ПЕРСПЕКТИВЫ ХРОНОТЕРАПИИ

Маковеева О.В., Гордиенко А.В., Киселева Д.П.
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Выявление проявлений десинхронизации суточного ритма артериального давления (АД) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в разных возрастных группах.

Материалы и методы. Обследовано 120 пациентов с АГ в возрасте от 35 до 65 лет (ср. возраст $52,6 \pm 6,4$ лет). Критерием включения в исследование было наличие эссенциальной АГ, представленной гипертонической болезнью I (31,6%) и II (68,3%) стадий. У пациентов были исключены вторичные формы АГ. В зависимости от возраста пациенты были разделены на три группы: 1-я группа – 32 пациента в возрасте 35-45 лет (ср. возраст – $42,2 \pm 2,7$); 2-я группа – 41 пациент в возрасте 45-55 лет (ср. возраст – $50,5 \pm 3,4$); 3-я группа – 47 пациентов в возрасте 55-65 лет (ср. возраст – $61,1 \pm 2,8$). Суточное мониторирование АД (СМАД) проводили с использованием системы АВМР Meditech (Венгрия) с обработкой полученных данных по стандартной методике на фоне плановой антигипертензивной терапии. Анализировали суточный ритм по степени ночного снижения (СНС) АД и расчетному показателю суточного индекса (СИ). Тип суточного ритма АД оценивали по систолическому АД (СИ САД) с использованием традиционных критериев. При СИ САД от 10 до 20% пациентов относили в группу с нормальной СНС АД (тип суточного профиля «диппер»). При СИ САД от 0 до 10% у пациентов имела место недостаточная СНС САД (тип «нондиппер»). Чрезмерному снижению АД в ночное время (тип «гипердиппер») соответствовал СИ САД более 20%. У пациентов с повышением ночного САД (тип «найтпикер») СИ имел отрицательное значение. Пациентов со снижением АД в ночное время (типы «диппер» и «гипердиппер») относили к «дипперам», а с отсутствием снижения или с повышением АД (типы «нондиппер» и «найтпикер») – к «недипперам».

Результаты и обсуждение. В целом по группе у большинства обследованных пациентов с АГ (56,7%) был выявлен нормальный суточный профиль по СИ САД («диппер»). Недостаточное снижение САД отмечено в 21,7% случаев. К группе «гипердипперов» были отнесены 15% пациентов. В 6,6% случаев пациенты составили группу «найтпикеров» по СИ САД. В 1-й группе превалировали пациенты с типом «диппер» (65,6%), реже выявлялся профиль «гипердиппер» (21,9%), в меньшей степени – профиль «нондиппер» (12,5%). Тип суточного профиля «найтпикер» выявлен не был. Превалировали пациенты – «дипперы» (87,5%). Во 2-й группе отмечено увеличение числа пациентов с типами «гипердиппер» и «нондиппер» (21,95%), а также появление типа «найтпикер» у 7,3% пациентов. В 2-й группе большинство пациентов также были «дипперами» (70,8%). В 3-й группе число пациентов с типом «нондиппер» возросло до 27,7%, а с типом «найтпикер» до 10,7%. Пациенты – «дипперы» встречались в 61,6% случаев. Выявленные изменения характеризуют нарушения регуляции суточного ритма АД при АГ, а также обусловлены наличием метаболических нарушений, ожирения, ассоциированных клинических состояний и сопутствующих заболеваний у пациентов старших возрастных групп.

Выводы. У 28,3% пациентов с АГ молодого и среднего возраста выявлены проявления десинхронизации в виде превалирования патологических типов суточного профиля АД. В зависимости от возраста отмечено уменьшение числа пациентов «дипперов» и увеличение «недипперов».

В связи с этим, хронотерапевтический подход к назначению антигипертензивных препаратов является обоснованным. При выявлении суточного профиля АД типа «нондиппер» или «найтпикер» у пациентов необходимо оптимизировать проводимую терапию.

НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА

**Максимов Р.С.^{1,2}, Деомидов Е.С.², Нестерин К.В.^{1,2},
Яранцева Н.Д.², Москалева А.С.²**

¹Городская клиническая больница №1,

²Чувашский государственный университет
имени И.Н. Ульянова,
г. Чебоксары

Цель исследования. Привлечение внимания к вопросу необходимости ведения нутритивной поддержки пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК).

Материалы и методы. На базе первичного сосудистого отделения для больных с ОНМК БУ «Городская клиническая больница №1» за период с 12.2018 г. по 02.2019 г. проанализировано ведение 53 больных в возрасте от 30 до 84 лет. Из них: с субарахноидальным и внутримозговым кровоизлиянием 8 больных (15%), инфарктом мозга 45 (85%). Распределение по гендерному признаку: 32 мужчин (60%) и 21 женщин (40%). Пациенты молодого и среднего возраста составили 17 чел. (32%), пожилого – 22 (42%), старческого – 14 (26%).

Оценка состояния больных проводилась при помощи валидизированных шкал: шкала тяжести инсульта NIHSS, индекс мобильности Ривермид, шкала независимости в повседневной жизни Рэнкина. Для оценки нутритивного статуса применялось тестирование по шкалам NRS-2002 и NRI, шкала оценки глотания (MASA).

Результаты и обсуждения. Оценка нутритивного статуса и функции глотания проводится всем больным при первичном осмотре (100%).

Дисфагия при первичном осмотре больных выявлена у каждого третьего (19 чел. – 36%). При оценке глоточного теста в процессе лечения, к 14 суткам, дисфагия обнаружена у 7 больных (13%), причем тяжелой степени, у 4 больных.

Нутритивная недостаточность обнаружена у 22 больных при первичном осмотре (41%), причем у 15 больных она была умеренной (28%), у 7 (13%) – тяжелой.

Нутритивная поддержка больных с ОНМК начиналась в сроки 24-48 часов. Зондовое кормление нутритивными смесями назначено 28 больным (38%), парэнтеральное питание потребовалось 2 больным (4%).

Отмечено увеличение летальных исходов среди больных с нарушением нутритивного статуса при поступлении (+23,8%), снижением уровня общего белка и альбумина плазмы (+18,6%), изменениях липидограммы (+14,4%) и углеводного обмена (+9,2%). У всех умерших пациентов был выявлен выраженный катаболический синдром, в большей степени угнетены показатели белкового обмена.

Отмечена положительная динамика по показателям шкалы NIHSS (+4,1 балла), индексу мобильности Ривермид (+3,3 балла) и шкалы Рэнкина (+0,6 балла) у пациентов с нормальным нутритивным статусом.

Выводы. Среди больных с ОНМК преобладает инфаркт мозга (85%). Нутритивная недостаточность выявлена у 22% больных с ОНМК. При поступлении пациента с ОНМК необходима оценка нутритивного статуса по шкалам NRS-2002 и NRI, с последующим скринингом показателей каждые 3-5 дней. Энтеральное питание должно быть предпочти-

тельным путем поступления питательных веществ у пациентов в критическом состоянии.

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ: ВЗГЛЯД ВРАЧА ИНСУЛЬТНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Максимов Р.С.^{1,2}, Деомидов Е.С.²,
Максимова И.Д.¹, Щукина Т.В.^{1,2}

¹Городская клиническая больница №1,
²Чувашский государственный университет
имени И.Н. Ульянова,
г. Чебоксары

Цель работы. Изучить факторы и особенности эмоционального выгорания (ЭВ) в коллективе первичного сосудистого отделения (ПСО) для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК); как наиболее тяжелом отделении учреждения. Определить основные мероприятия, проводимые с целью профилактики ЭВ.

Материалы и методы. ПСО БУ «ГКБ№1» оказывает помощь больным с ОНМК на подведомственной территории с населением более 170 тыс. жителей, из которых более 35 тыс. составляют сельские больные. Сосудистое отделение является подразделением БУ «ГКБ№1», являющейся самой крупной клиникой Чувашской Республики, работающей в круглосуточном экстренном режиме. Структура ПСО включает 30 коек, из которых 6 – койки палаты интенсивной терапии. Все больные (100%) поступают экстренно по линии «скорой помощи». Средний возраст находящихся на лечении – 64,7 лет. Более половины пролеченных (56%) являются пенсионерами по возрасту, треть пациентов (28%) – инвалиды. Большинство больных при поступлении неподвижны и крайне малоподвижны в силу моторного дефицита (76%), имеют эмоциональные (93%) или когнитивные нарушения (74%).

Результаты. Основными факторами риска ЭВ в отделении можно назвать: периодический кадровый дефицит в коллективе, стаж (средний стаж сотрудников 14,6 лет), пол (100% женский за исключением одного заведующего отделением), нарушение режима труда и отдыха в силу чрезмерных нагрузок и переработок (все специалисты отделения работают на более чем 1,0 ставку с периодическим или перманентным совмещением). Благоприятными факторами, препятствующими формированию ЭВ, можно назвать следующие: возраст сотрудников (средний возраст составляет 31,8 лет), система наставничества и правило профессиональной поддержки, меры материального стимулирования с формированием

относительно адекватного уровня заработной платы, а также нематериальное поощрение.

Основные направления борьбы с ЭВ включают в себя само- и взаимопомощь в коллективе; техники саморегуляции, мероприятия по укреплению здоровья сотрудников, повышение профессионального уровня.

Первую группу мероприятий осуществляет медицинский психолог отделения. В 2019 г. медицинским психологом проведено 3 тестирования и 2 семинара с сотрудниками отделения для снижения риска развития ЭВ. Мероприятия по повышению профессионального уровня проводятся при поддержке и организации министерства здравоохранения региона, администрации клиники, и при участии представителей фармацевтических компаний. В 2019 г. проведено 14 образовательных мероприятий, из них 5 выездных. Со стороны администрации возможны следующие эффективные направления по борьбе с ЭВ: поддержание адекватной финансовой оценки труда, создание оптимальной нагрузки рабочего времени, полноценное оснащение отделения; внедрение бережливого производства, включающего современные цифровые технологии с целью избавления от рутинной и монотонной деятельности; предоставление дополнительных отпусков и выходных при необходимости. Повышение квалификации проводится на территории лечебного учреждения или в клиниках города в рамках образовательных лекций, семинаров, практических занятий.

Выводы. Проблема ЭВ чрезвычайно опасна и для сотрудника, и для общества, в котором он живет и работает. Наряду с диагностическими и лечебными, крайне важно проведение превентивных мероприятий задолго до формирования синдрома ЭВ.

КРИОБИОПСИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Максонова В.С.¹, Арчакова Л.И.^{1,2}

¹Санкт-Петербургский государственный университет,

²Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии,
Санкт-Петербург

Актуальность. Диагностика диссеминированных заболеваний легких в виду различной клинической и рентгенологической картины крайне затруднительна. Для постановки диагноза необходима морфологическая верификация, однако материал, полученный при рутинной ЧБЛ, зачастую неин-

формативен из-за небольшого количества ткани и наличия артефакта раздавливания.

Цель исследования. Определить место криобиопсии в диагностике заболеваний органов дыхания.

Задачи исследования. Оценить чувствительность, специфичность и прогностическую ценность криобиопсии. Установить частоту осложнений при проведении криобиопсии.

Материалы и методы. Ретроспективно изучено 15 медицинских карт пациентов, поступивших с заболеванием легких неясной этиологии и/или нуждающихся в дальнейшей верификации диагноза, которым выполнялась трансбронхиальная криобиопсия легкого (ТБКЛ) с августа по декабрь 2019 года.

Результаты. Диагностическая эффективность ТБКЛ для диагностики туберкулезного поражения легких (n=6): чувствительность 66,6%, специфичность – 100,0%, точность – 86,8%, прогностичность положительного результата – 100,0%, прогностичность отрицательного результата – 81,8%.

Диагностическая эффективность ТБКЛ для диагностики саркоидозного поражения легких (n=6): чувствительность 83,3%, специфичность – 100,0%, точность – 93,3%, прогностичность положительного результата – 100,0%, прогностичность отрицательного результата – 90,0%.

Доля осложнений при проведении ТБКЛ составила 13% (n=2), из которых 6,6% – легочное кровотечение, 6,6% – пневмоторакс.

Среди всех пациентов диагноз был верифицирован у 80% (n=13), из которых в 60% случаев был установлен новый диагноз, а в остальных 20% – был подтвержден ранее поставленный диагноз.

Выводы. На основании данного исследования, можно сделать вывод, что ТБКЛ является высокоинформативным, высокоспецифичным и достаточно чувствительным малоинвазивным методом верификации заболеваний легких с низкой частотой осложнений. Необходимо проведение дополнительных исследований с участием большего количества пациентов для уточнения показателей информативности метода.

ТБКЛ позволяет получить биоптаты достаточного большого размера без артефактов раздавливания, что позволяет сохранить архитектуру легочной паренхимы, играющую важную роль в диагностике диссеминированных заболеваний легких. Данный метод имеет преимущество перед другими видами биопсии, в том числе перед хирургической биопсией легкого ввиду малоинвазивности первого. Диагностическая эффективность ТБКЛ позволяет рекомендовать ее в качестве первой линии верификации заболеваний органов дыхания неясной этиологии.

ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ И СТЕАТОЗ ПЕЧЕНИ: ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ

Малышева Е.Б.

Приволжский исследовательский
медицинский университет,
г. Нижний Новгород

Гепатоцеллюлярное воспаление традиционно ассоциируется с повышением активности печеночных трансаминаз выше верхнего лимита нормы. Основными критериями жирового повреждения печени являются данные трансабдоминального ультразвукового исследования, гиперлипидемия.

Цель исследования. 1. Оценка характера повреждения печени у пациента с гиперферментемией и стеатозом по данным скринингового обследования (биохимические тесты, УЗИ). 2. Изучение эффективности лекарственного препарата Бициклол (Бейцзин Энион, Китай в коррекции гепатоцеллюлярного воспаления).

Материалы и методы. В течение 2019 г. мы наблюдали 165 больных с длительно повышенными уровнями АЛТ / АСТ от 50 до 1000 Е/л, в том числе, 35 со стеатогепатитом при НАЖБП, 30 – с лекарственными, 56 – алкогольными, 35 – вирусными (HCV, HBV) гепатитами. У всех больных отмечено малосимптомное безжелтушное течение. Диагноз устанавливался на основе стандартных критериев, оценки липидограммы, уровня стеатоза (SteatoScreen BioPredictive, France), соноэластометрии печени (ARFI) для исключения значимого фиброза. Изучался лекарственный анамнез в течение предшествующих 5 лет. Был исключен аутоиммунный генез заболевания. При оценке лекарственного поражения особого внимания заслуживала группа пациентов с выраженным стеатозом печени (S3), принимавших статины в средних и высоких дозах. У них (5 человек из 5 с высоким уровнем стеатоза) в течение короткого времени развился субклинический гепатит с гипертрансаминаземией от 600 до 1000 Е/л. Другую группу составили онкологические больные, имевшие стеатоз 2 и 3 степени, которые в ранние сроки полихимиотерапии также продемонстрировали развитие гепатита с гиперферментемией до 300-400 Е/л (7 из 9 больных со стеатозом S2-S3).

Менее выраженное гепатоцеллюлярное повреждение зарегистрировано у больных с хроническими вирусными гепатитами В и С. У них уровень АЛТ не превышал 250 Е/л. Максимальный уровень стеатоза (S4) был отмечен у пациента с морбидным ожирением, ХГВ стадии 4, сахарным диабетом 2 типа. У всех больных с хроническими вирусными

гепатитами была идентифицирована РНК/ДНК вируса в сыворотке крови. Противовирусная и гиполлипидемическая терапия этим пациентам на момент начала исследования не проводились.

Бициклол был назначен всем пациентам с уровнем АЛТ 300-400 Е/л и ниже в дозировке 75 мг/сутки в 3 приема на 12-24 недели. При более высоких показателях первично проводилась ГКС-терапия до снижения активности АЛТ/АСТ до 400-300 Е/л.

Установлено, что у 129 больных (жировая болезнь печени, лекарственные гепатиты) через 1 мес. от начала лечения уровни АЛТ и АСТ снижались в 2-4 раза от исходных значений с нормализацией показателей к 3-4 месяцу терапии. У больных ХГВ и ХГС показатели АЛТ и АСТ также снижались на фоне приема Бициклола, но оставались повышенными до 2-3 раз, по сравнению с верхним лимитом нормы. На этом фоне только дополнительная противовирусная терапия препаратами прямого действия позволяла нормализовать активность АЛТ и АСТ в течение ближайшего месяца от ее начала.

Выводы. 1. Выраженный стеатоз печени является предиктором вероятного развития лекарственного повреждения печени (статины, химиотерапия). 2. Бициклол обладает универсальной противовоспалительной активностью, которая менее выражена при активном вирус-индуцированном воспалении. Длительность поддержания биохимической ремиссии после отмены препарата требует дальнейшего изучения.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ИБС С ПОМОЩЬЮ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ

Маль Г.С., Арефина М.В.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск

Цель исследования. Разработать персонализированный подход к лечению больных ИБС с помощью фармакогенетических маркеров в зависимости от носительства полиморфных вариантов генов-регуляторов липидного обмена.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 105 больных ИБС: стабильной стенокардией напряжения II-III функциональных классов (ФК) с наличием дислипидемии. По ФК стабильной стенокардии пациенты распре-

делились в соотношении: 22.2% пациентов с II ФК и 77.8% – с III ФК. Основные методы исследования включали в себя: определение липидного состава крови (ОХС, ХС ЛНП, холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛВП), триглицериды (ТГ)); биохимическое исследование крови (определение уровней АсТ, АлТ, креатинина); КФК; ультразвуковое исследование брахиоцефальных сосудов; толщины комплекса интима-медиа общей сонной артерии; молекулярно-генетические методы (экстракция ДНК из крови, детекция полиморфных вариантов генов – регуляторов липидного обмена (LPA (rs10455872), APOC1 (rs445925))).

Результаты и их обсуждение. Ослабленный гипополипидемический эффект в отношении ОХС был характерен для носителей генотипов G/G и A/G rs10455872 гена LPA через 6 и 12 месяцев ($p=0.022$ и 0.0052) терапии. Усиленный гипополипидемический эффект розувастатина проявлялся у пациентов с генотипом A/A rs445925 гена APOC1 по прошествии 6 месяцев терапии ($p=0.016$).

Связь полиморфных вариантов генов-регуляторов липидного обмена с динамикой изменения ХС ЛНП при лечении розувастатином была характерна для носителей редких аллелей rs10455872 гена LPA в виде ослабления эффекта препарата, а также rs445925 гена APOC1 в виде усиления действия розувастатина у носителей минорных аллелей.

Ассоциация с усилением регресса ТИМ была характерна для носителей следующего полиморфного варианта: носители генотипа G/A rs445925 гена APOC1 по прошествии 6 и 12 месяцев наблюдения как в отношении средней ТИМ ($p=0.031$ и 0.039 соответственно), так и в отношении максимальной ТИМ ($p=0.005$ и 0.047 соответственно по прошествии 6 и 12 месяцев).

Вывод. У пациентов с ИБС установлены межиндивидуальные различия в эффекте розувастатина на показатели липидного обмена в зависимости от носительства генотипов полиморфных вариантов генов-регуляторов липидного обмена и мембранных транспортеров. Более выраженный гипополипидемический эффект наблюдался у носителей вариантных аллелей: rs445925 гена APOC1 (влияние на ОХС, ХС ЛНП). Ослабленный гипополипидемический эффект наблюдался у носителей минорных аллелей: rs10455872 гена LPA (влияние на ОХС, ХС ЛНП).

Динамика снижения толщины комплекса интима-медиа общих сонных артерий у больных ИБС на фоне лечения розувастатином была взаимосвязана с носительством полиморфных вариантов исследованных генов. Полиморфные варианты rs445925 гена APOC1 способствовали более выраженному снижению толщины комплекса интима-медиа.

ОЦЕНКА ДЕФОРМАЦИОННЫХ СВОЙСТВ МЕМБРАНЫ ЭРИТРОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Марченко В.Н.¹, Давыдов Д.А.¹, Савельев Д.С.¹, Глистенкова Д.Д.¹, Катюхин Л.Н.²

¹Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И.П. Павлова,

²Институт эволюционной физиологии и биохимии имени И.М. Сеченова, Санкт-Петербург

Цель исследования. Выявить особенности деформационных свойств эритроцитарной мембраны у больных заболеваниями терапевтического профиля.

Материалы и методы. Обследовано 62 больных, госпитализированных в клинику НИИ Ревматологии и аллергологии ПСПбГМУ им. И.П. Павлова. Контрольной группой послужили 9 условно здоровых пациентов. Деформационные свойства эритроцитов в группах больных и условно здоровых лиц исследовались с помощью градиентной осмотической эктацитометрии. Рассчитывались стандартные показатели деформируемости мембраны при классическом высоком напряжении сдвига в 30 Н/м^2 (индекс деформируемости $I_{\text{макс}}$ при изотонической осмоляльности, показатель осмотической хрупкости – $O_{\text{мин}}$, показатель цитоплазматической вязкости осмоляльность $O_{\text{гипер}}$). Предложено измерение принципиально новых параметров, расширяющих сертифицированные возможности метода: водную проницаемость мембраны ($I_{\text{мин}}$), осмотический диапазон деформируемости ($O_{\text{гипер}} - O_{\text{мин}}$) и микровязкость мембраны при низком напряжении сдвига в 1 Н/м^2 ($I_{\tau=1,0}$). Количественные показатели гемограммы оценивались по одновременному исследованию общего анализа крови.

Результаты и обсуждение. В исследовании приняли участие 27 мужчин (43,5%) и 35 женщин (56,5%). Структура заболеваний в изучаемой выборке среди кардиологических больных ($n=40$; 64,5%) была представлена преимущественно ишемической болезнью сердца (33,6% от всех больных), гипертонической болезнью (10,8%) и фибрилляцией предсердий (9,7%), а среди ревматологических ($n=22$; 35,5%) – ревматоидным артритом (12,9%), системной склеродермией (4,8%), эозинофильным гранулематозом с полиангиитом (4,8%) и другими заболеваниями. Средний возраст больных составил $59,8 \pm 3,2$ лет. Отмечена тенденция к увеличению относительной ширины распределения эритроцитов по объему

у больных в сравнении с относительно здоровыми: показатель RDW-SD составил $44,7 \pm 3,5$ фл у кардиологических больных и $46,2 \pm 5,0$ фл – у ревматологических (против $40,4 \pm 1,2$ фл в группе здоровых), RDW-CV – $14,0 \pm 1,2\%$ у кардиологических и $15,6 \pm 1,8\%$ у ревматологических пациентов (против $13,4 \pm 0,6\%$ в группе здоровых). Классическим методом осмотической градиентной эктацитометрии достоверных различий в деформационных свойствах исследуемых пациентов и здоровых не обнаружено. В виде тенденции отмечена пониженная деформируемость эритроцитов у ревматологических больных. Осмограммы обследуемых продемонстрировали наличие заметных переломов в зонах осмоляльностей [150-190] и [300-350] мОсм. Проведением измерений при пониженном напряжении сдвига ($t=1,0$ Н/м²) обнаружено значимое снижение микровязкости мембраны эритроцитов в группе больных по сравнению с условно здоровыми лицами, выявлены изломы деформационной кривой в аналогичных зонах осмоляльности.

Выводы. Полученные данные на текущий момент свидетельствуют об отсутствии значимых изменений деформационных свойств эритроцитарной мембраны у больных терапевтического профиля в сравнении со здоровыми лицами. Тем не менее, в крови больных кардиологических и ревматических больных обнаружены две отчетливо выявляемые популяции эритроцитов с измененными микровязкостями и морфологией. В зоне [150-190] мОсм проявляются свойства эритроцитов с повышенной торридальностью (высоким соотношением площадь/объем), когда при осмотической подкачке воды их профиль распрямляется и приближается к более нормальной форме эритроцита, проявляя и повышенную деформируемость. В зоне [300-350] мОсм, когда эритроцит теряет воду, у присутствующих пойкилоцитов профиль также приближается к торридальному с соответствующим возрастанием деформируемости. Таким образом, имеются признаки гетерогенности популяций эритроцитов у пациентов терапевтического профиля. Приведенные нами данные обследования деформационных свойств эритроцитов у больных значительно отличаются от литературных. Приводятся сообщения об изменении формы эритроцитов в связи с их набуханием, дегидратацией гемоглобина и снижением эластических свойств мембран при заболеваниях. Зафиксированные же в нашем исследовании нарушения в системе крови у здоровых испытуемых свидетельствует о серьезном изменении статуса нормального паттерна здорового человека.

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОФОРЕЗА МЕДИ НА КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МЕТАБОЛИЗМА У ПОДРОСТКОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМИ ДИСПЛАЗИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Марченкова М.И., Кирьянова В.В.

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить влияние электрофореза меди на клинические и лабораторные показатели метаболизма в комплексном лечении подростков с недифференцированными дисплазиями соединительной ткани.

Материалы и методы. Были обследованы 61 подросток с недифференцированными дисплазиями соединительной ткани (НДСТ). Пациенты до лечения предъявляли жалобы на слабость, головные боли, боли в спине и ногах, снижение переносимости психоэмоциональных нагрузок и успеваемости. Все пациенты проходили детальное физикальное, антропометрическое, лабораторное (оксипролин в суточной моче, гликозаминогликаны в суточной моче, пирилинкс Д в моче) и инструментальное (эхокардиография, УЗИ внутренних органов и почек и др.) обследование до начала лечения и через 1 месяц после завершения курса терапии. Лабораторные исследования показали повышенные значения гликозаминогликанов и пириликса Д моче до лечения. Первую группу составили 31 подросток (4 девочки, 27 мальчиков), в возрасте от 14 до 18 лет, которым наряду с медикаментозным лечением проводили электрофорез меди по методике С.Б. Вермеля. Электрод площадью 300 см², который находился в межлопаточной зоне, подсоединяли к аноду, а прокладку под ним смачивали 2% раствором сульфата меди. Пассивный раздвоенный электрод площадью 150 см² каждый, располагали на задней поверхности голени и соединяли с катодом. Плотность тока – от 0,05 до 0,1 мА/см². Продолжительность воздействия составляла 15-20 минут. Курс лечения составил 10 процедур, проводимых ежедневно. Вторую группу больных составили 30 подростков (11 девочек, 19 мальчиков) в возрасте от 14 до 18 лет, которые получали медикаментозное лечение (витамин С, хондроитинсульфат, аминокислоты).

Результаты и обсуждение. Применение электрофореза меди в комплексном лечении пациентов с НДСТ приводило к уменьшению интенсивности боли в спине на 24% и боли в ногах на 16% по сравнению с группой контроля. Кроме того, в результате лечения у пациентов данной группы увеличилась переносимость психоэмо-

циональных нагрузок и успеваемость, однако полученные результаты не отличались от таковых в группе контроля. При этом, отмечалось статистически значимое уменьшение содержания оксипролина ($p < 0,005$), гликозаминогликанов ($p < 0,05$) и пирилинкса Д ($p < 0,005$) в моче. Концентрация оксипролина в контрольной группе снизилась в меньшей степени. Динамика концентрации гликозаминогликанов и пирилинкса Д в контрольной группе не была статистически значимой.

Выводы. Электрофорез меди в комплексном лечении подростков с НДСТ влияет на метаболизм соединительной ткани, что отражается в коррекции показателей биохимических маркеров. Кроме того, у подростков отмечается уменьшение интенсивности болей в спине и ногах, улучшение переносимости психоэмоциональных нагрузок, повышение успеваемости подростков.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ КАРТ-ИЗВЕЩЕНИЙ О НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЯХ РЕНТГЕНКОНТРАСТНЫХ СРЕДСТВ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ В 2009-2018 ГГ.

Матвеев А.В.^{1,2}, Крашенинников А.Е.¹,
Егорова Е.А.²

¹Национальный научный центр Фармаконадзора,
Москва,

²Медицинская академия имени С.И. Георгиевского
Крымского федерального университета
имени В.И. Вернадского,
г. Симферополь

Рентгеноконтрастными соединениями (РКС) являются контрастные соединения, которые используются для улучшения визуализации внутренних органов и анатомических структур при лучевых методах исследования (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, рентгеновские исследования). В современной лучевой диагностике от своевременного и грамотного применения контрастных препаратов зависит не только точность диагноза, но и оценка динамики процесса, результатов лечения и прогноз заболевания. Однако практически все виды лучевых исследований, связанные с использованием метода искусственного контрастирования, предусматривают вероятность возникновения у пациентов нежелательных реакций и различных осложнений.

Цель исследования. Изучение нежелательных реакций (НР) РКС.

Материалы и методы. В работе были использованы данные извещений о НР лекарственных

препаратов в Республике Крым за период 2009-2018 гг. (база данных ARCADE).

Результаты и обсуждения. За период 2009-2018 гг. было зарегистрировано 69 случаев развития НР, вызванных применением РКС, что составило 1,01% от общего количества зарегистрированных случаев НР ЛС за этот период (6822 случая). Наиболее часто НР были связаны с применением натрия амидотризоата (23 случая), йогексола (18 случаев), йодопронида (17 случаев) и йодиксанола (9 случаев). Единичные случаи развития НР были связаны с применением йоверсола и гадопентетовой кислоты. Основными проявлениями НР были реакции гиперчувствительности (32 случая, 46,4%). Стоит отметить, что в 12 случаях они носили угрожающий жизни характер (анафилактический шок – 8 случаев, отек Квинке – 4 случая) и требовали немедленного купирования. Реже наблюдались проявления НР в виде диспепсических расстройств (12 случаев), нарушений со стороны сердечно-сосудистой и центральной нервной систем (11 и 6 случаев соответственно). Распределение пациентов с проявлениями НР по возрастным категориям показал, что наиболее часто НР на РКС наблюдались у пациентов в возрасте 45-60 лет (22 случая) и 61-75 лет (23 случая). Изучение категорий НР показал, что в 21 случае НР носили угрожающий жизни характер, госпитализация или продление ее сроков понадобилась в 12 случаях НР, временная нетрудоспособность развилась в 2 случаях. В остальных 34 случаях НР были несерьезными и не вызывали вышеуказанных последствий. Стоит отметить, что медикаментозная коррекция НР понадобилась в 68 случаях (98,6%), при этом отмечена подозреваемого лекарственного препарата была проведена в 65 случаях, что составило 94% от всех случаев НР на рентгеноконтрастные соединения.

Выводы. Анализ НР, возникающих при применении РКС, позволил выявить высокую частоту развития серьезных НР тяжелой степени тяжести, что требует от врачей-рентгенологов умения своевременно распознавать и купировать подобные НР в интересах повышения безопасности пациентов.

ФАКТОРЫ РИСКА МОЗГОВЫХ ИНСУЛЬТОВ В ПУСТЫННО-СТЕПНЫХ ЗОНАХ УЗБЕКИСТАНА

Матёкубов М.О., Киличев И.А.

Ургенчский филиал
Ташкентской медицинской академии,
г. Ургенч, Республика Узбекистан

Для организации эффективной профилактики и успешной борьбы с цереброваскулярными заболеваниями

ями большое значение имеет изучение их распространенности, частоты, смертности, факторов риска, которых в настоящее время описано свыше 30. Наиболее часто встречающимися из них являются: гипертоническая болезнь, атеросклероз, возраст, нарушение свертывающих свойств крови, наследственная отягощенность, заболевания сердца и сосудов, сахарный диабет и др.

Цель исследования. Изучить структуру факторов риска мозговых инсультов в пустынно-степных зонах Узбекистана.

Материал и методы. Для решения поставленной задачи нами проанализировано 427 больных с мозговыми инсультами, принимавших стационарное лечение в Хорезмском филиале РНЦЭМП. Из них мужчин было 236 (55,2%), женщин – 191 (44,8%). Средний возраст больных составил 57,3 лет (у мужчин – 56,7 а у женщин – 58,2).

Результаты. Исследование показало, что причиной острого нарушения мозгового кровообращения в 58% случаев была гипертоническая болезнь, в 15,2% – атеросклероз сосудов головного мозга, в 15,8% – сочетания атеросклероза церебральных сосудов с гипертонией, в 11% – ревматический, аневризмы сосудов головного мозга, сахарный диабет и др. Анализ случаев мозговых инсультов в зависимости от характера нарушений мозгового кровообращения показал, что инфаркт мозга был у 142 (81%) больных, кровоизлияние в мозг – у 28 (16%), субарахноидальное кровоизлияние – у 4 (3%). Наибольшее число больных было в возрасте от 60 до 74 лет (43,4%) и от 45 до 59 лет (40%), больные в трудоспособном возрасте (от 20 до 59 лет) составили 52,6%.

Анализ, проведенный в зависимости от возраста и причины заболевания показал, что гипертоническая болезнь чаще наблюдалась у больных в возрасте от 45 до 59 лет (54,0%) и преобладала в трудоспособном возрасте (от 20 до 59 лет) – 68,3%.

Атеросклероз и его сочетания с гипертонией преимущественно наблюдались в возрастной группе от 60 до 74 лет (соответственно 82,0% и 80,3) и число больных ими преобладало в возрастных группах старше 60 лет (соответственно: 90,6% и 94,5%).

У мужчин мозговые инсульты чаще наблюдаются в возрасте от 45 до 59 лет (43,5%), а в трудоспособном возрасте (до 59 лет) составили 55,9%.

У женщин большинство больных были в возрасте от 60 до 74 лет (46,8%) и преобладало число больных старше 60-летнего возраста – 52,6%.

Дальнейшее изучение показало, что гипертоническая болезнь являлась причиной кровоизлияния в мозг в 72,3% случаях, субарахноидального кровоизлияния в мозг – в 64,7%, инфаркта мозга – в 55,3%. Атеросклероз церебральных сосудов, в основном, служил причиной инфаркта мозга в 18,6%, его сочетание с гипертонией наблюдалось при субарахно-

идальном кровоизлиянии в 23,5%, кровоизлиянии в мозг – в 19,2%, при инфаркте мозга – в 14,8%.

Инфаркт мозга чаще наблюдали в возрастных группах от 45 до 59 лет и от 60 до 74 лет (соответственно 41,5% и 41,5%) и число случаев преобладало у больных в возрасте до 59 лет (54,4%). Кровоизлияние в мозг и субарахноидальное пространство чаще отмечалось в возрасте от 60 до 74 лет (соответственно 51,1% и 58,8%) и число больных преобладало в возрасте старше 60 лет (соответственно 53,2% и 58,8%).

Таким образом, мозговые инсульты в пустынно-степных зонах Узбекистана характеризуются преобладанием больных трудоспособного возраста и основными причинами всех форм мозговых инсультов является гипертоническая болезнь. Из всех форм инсультов преобладает ишемический и он чаще наблюдаются в трудоспособном возрасте.

СТРУКТУРА КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Матчанов С.Х., Абдураззакова Д.С.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Ревматоидный артрит (РА) – иммуновоспалительное (аутоиммунное) ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся хроническим эрозивным артритом и системным поражением внутренних органов, приводящее к ранней инвалидности и сокращению продолжительности жизни пациентов. В последние десятилетия заболеваемость РА непрерывно увеличивается. По литературным данным, РА страдает 1-2% популяции. Проблема коморбидных состояний у пациентов с РА актуальна для современной практической ревматологии, поскольку возможное влияние сопутствующих заболеваний на течение и результаты лечения при РА остается малоизученным. Коморбидностью считают сочетание у одного больного два или более хронических заболеваний, патогенетически взаимосвязанных или совпадающих по времени у одного пациента вне зависимости от активности каждого из них. РА ассоциируется с частым развитием сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), артериальной гипертензией (АГ), ожирением, дислипидемией, хронической почечной недостаточностью (ХПН), сахарным диабетом (СД) 2 типа. Для РА характерна наибольшая коморбидность, особенно у больных пожилого и старческого возраста. Целью нашей работы было проанализировать сопутствующую патологию у больных РА.

Материал и методы. В исследование было включено 98 пациентов с достоверным диагнозом

РА по критериям ACR/EULAR (2010). Из них 76 женщины и 22 мужчин, средний возраст составил $56,3 \pm 5,2$ года, длительность заболевания $7,4 \pm 1,3$ года. Проведен анализ коморбидности при РА.

Результаты и обсуждение. Нами выявлено, что у каждого десятого больного индекс массы тела (ИМТ) соответствует ожирению. Среди пациентов с ожирением 10% лишнего веса отмечалось у 7 (70%) больных, а 30% – у 3 больных. Обнаружена прямая корреляция избыточного веса с частотой выявления гиперхолестеринемии и развитием коронарной болезни. У пациентов с ожирением и принимающих алкоголь частота гипертриглицеридемии обнаружена в 27,8%, у 32 (42,1%) больных выявлен нарушения липидного обмена, почти у 80% – АГ, причем в половине случаев АГ характеризовалась как тяжелая, у 7 (7,2%) больных выявлен СД 2 типа. У 53 (55,2%) больных выявлен хронические воспалительные поражения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенные поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта – у 12 (12,5%). У каждого больного в среднем выявлено 1-2 различных сопутствующих заболеваний.

Выводы. Метаболические нарушения, развивающиеся при РА (АГ, нарушения липидного и углеводного обмена, ожирение), тесно ассоциированы с атеросклерозом и рассматриваются как независимые факторы риска ССЗ, что, несомненно, делает РА общемедицинской проблемой, для которой характерен высокий риск фатальных сердечно-сосудистых катастроф, связанных с атеросклерозом. Это диктует необходимость оптимизации ранней диагностики сопутствующих заболеваний РА на амбулаторно-поликлиническом этапе. Следовательно, при составлении плана лечения и мониторинга больных РА необходимо учитывать наличие коморбидной патологии и внесуставных поражений как факторов, ухудшающих клиническое и рентгенологическое течение заболевания.

КОМОРБИДНОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ ЖЕНСКОГО ПОЛА

Мацкевич С.А.¹, Бельская М.И.²

¹Белорусский государственный
медицинский университет,

²Республиканский научно-практический центр
«Кардиология»,

Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Выявить наличие и выраженность тревожно-депрессивных расстройств у

пациентов женского пола с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 100 пациентов женского пола с ХСН II,III функционального класса (ФК по NYHA) ишемического генеза (средний возраст $60,7 \pm 5,37$ года): с ХСН II ФК и с ХСН III ФК было 60% и 40% пациентов соответственно. Медикаментозное лечение включало β -адреноблокаторы, иАПФ или АРА, дезагреганты, статины, мочегонные. Оценка наличия и выраженности тревожно-депрессивных расстройств проводилась с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). В качестве скринингового инструмента для выявления депрессии использовался опросник CES-D (Center of Epidemiological studies of USA-Depression). Качество жизни (КЖ) изучалось с использованием «Миннесотского опросника качества жизни пациентов с ХСН (MLHFO)».

Результаты и обсуждение. По результатам психологического тестирования (опросник CES-D) установлено, что у 48% пациентов выявлены признаки депрессии. Поэтому оценку выраженности депрессии провели с помощью опросника HADS и с учетом тревожных переживаний. По данным шкалы HADS тревожно-депрессивные переживания выявлены в 64% случаев: признаки тревоги определялись в 36% случаев, депрессии – у 42% случаев. Признаки клинически выраженной тревоги и депрессии определялись у 9% и 13% пациентов соответственно, признаки субклинически выраженной тревоги и депрессии – у 27% и 29% пациентов соответственно. КЖ у пациентов с тревожно-депрессивными переживаниями в 1,4 раза хуже, чем у женщин с нормальным психоэмоциональным статусом ($p < 0,01$). Также получено, что 21% женщин страдают и депрессией, и тревогой, КЖ в этой группе в 1,5 раза хуже, чем у женщин с нормальным психоэмоциональным статусом ($p < 0,01$). Выявлены корреляционные взаимосвязи между КЖ и уровнями депрессии ($r = 0,55$, $p < 0,01$) и тревоги ($r = 0,52$, $p < 0,01$).

Имелись некоторые особенности в зависимости от ФК ХСН. Так, в группе женщин с ХСН ФК II тревожно-депрессивные переживания (шкала HADS) выявлены в 53,3% случаев. В группе женщин с ХСН ФК III тревожно-депрессивные переживания выявлены в 75% случаев ($p < 0,01$ в сравнении с ХСН ФК II), КЖ у этих пациентов в 1,5 раза хуже, чем у пациентов с нормальным психоэмоциональным статусом. Причем, при ХСН ФК II преобладают тревожные переживания, при ХСН ФК III – депрессивные ($p < 0,01$). В группе женщин с ХСН ФК III выявлена зависимость между КЖ и уровнями депрессии ($r = 0,59$, $p < 0,05$) и тревоги ($r = 0,54$,

$p < 0,05$), а также между уровнями депрессии и тревоги ($r = 0,63$, $p < 0,01$). У 37,5% женщин с ХСН ФК III одновременно выявлены признаки и тревоги и депрессии, КЖ в этой группе хуже, чем при изолированной тревоге или депрессии ($p < 0,01$).

Выводы. Таким образом, согласно результатам проведенного исследования, у большинства обследованных женщин с ХСН выявляются признаки тревожно-депрессивных расстройств. К тому же при усугублении ХСН отмечалось нарастание тревожно-депрессивных расстройств. Причем, у женщин с ХСН ФК II преобладали тревожные переживания, при ХСН ФК III – депрессивные.

ОСОБЕННОСТИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ЛИЦ С ОЖИРЕНИЕМ

Медведева Т.В.¹, Чижов П.А.¹,
Пегашова М.А.¹, Бобкова Л.П.²

¹Ярославский государственный
медицинский университет,

²Клиническая больница скорой медицинской помощи
имени Н.В. Соловьева,
г. Ярославль

Актуальность. Сахарный диабет (СД) одно из самых распространенных в мире хронических заболеваний. В связи с быстрым ростом количества страдающих СД, развитием осложнений, сокращением продолжительности жизни таких пациентов, экономическими затратами на лечение, СД стал социальной проблемой. С другой стороны, в мире происходит постоянный рост числа лиц с избыточной массой тела и ожирением.

Научная новизна: Оценено влияние избыточной массы тела и ожирения на течение сахарного диабета 2 типа.

Цель исследования. Изучить влияние массы тела пациента с сахарным диабетом 2 типа на показатели углеводного обмена, на частоту встречаемости осложнений.

Материалы и методы. Обследовано 138 пациентов с СД 2 типа. 116 женщин и 22 мужчины в возрасте от 50 до 89 лет (средний возраст $69,3 \pm 1,51$). Нормальную массу тела ($ИМТ \leq 24,9$ кг/м²) имели всего 16 человек (11,6%) – 1 группа, избыточную массу тела ($ИМТ 25-29,9$ кг/м²) – 24 (17,4%) – 2 группа, ожирение I степени ($ИМТ 30-34,9$ кг/м²) – 54 (39,1%) – 3 группа, ожирение II и III степени ($ИМТ \geq 35$ кг/м²) – 44 (31,9%) – 4 группа. Таким образом, ожирение и избыточная масса тела встречается у 88,4% пациентов с СД.

Результаты и их обсуждение. Средний стаж диабета в 1 группе составил $12,75 \pm 2,08$ лет, во 2 – $8,92 \pm 1,27$ лет, в 3 – $10,04 \pm 0,93$ лет, в 4 – $10,77 \pm 0,93$ лет. Исследование показало, что уровень глюкозы натощак имеет тенденцию быть выше в группе 3 по сравнению с группой 1 ($9,02 \pm 0,59$ и $7,07 \pm 0,67$ ммоль/л $p = 0,08$) и достоверно выше в группе 4 ($10,46 \pm 0,48$, $p < 0,002$). Также у пациентов 4 группы были достоверно выше уровень гликированного гемоглобина ($8,8 \pm 0,25$ и $7,63 \pm 0,63\%$, $p < 0,01$).

У пациентов 3 и 4 группы достоверно чаще встречался инфаркт миокарда (у 12 человек (22,2%) и 9 (20,5%) соответственно, в то время как у лиц с нормальной массой тела не было ни одного случая заболевания. Также у пациентов с ожирением достоверно чаще выявляется хроническая сердечная недостаточность (ХСН) (по 24 пациента в 3 и 4 группе (54,5 и 44,4%), против 2 (12,5%) среди лиц с нормальным ИМТ ($p < 0,05$). Установлено, что у пациентов 4 группы достоверно чаще регистрировалась хроническая болезнь почек (Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 мл/мин /1,73 м²) – у 18 пациентов (40,9%) против 2 (12,5%) ($p < 0,05$). У пациентов 4 группы выявлены более высокие цифры ЛПНП ($2,85 \pm 0,37$ и $1,91 \pm 0,23$ ммоль/л) и низкие ЛПВП ($1,19 \pm 0,14$ и $2,2 \pm 0,23$ ммоль/л) по сравнению с пациентами с нормальной массой тела. При этом стоит отметить, что частота встречаемости ИБС и гипертонической болезни по группам достоверно не отличалась.

Выводы. Ожирение оказывает неблагоприятное влияние на углеводный обмен. Также негативно влияет на частоту возникновения инфарктов миокарда, ХБП, дислипидемии у пациентов с СД 2 типа.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2009-2018 ГГ.

Мельниченко Н.Е.¹, Корнеева Л.С.¹, Бойкова Л.С.²

¹Амурская государственная медицинская академия,

²Амурский областной
кожно-венерологический диспансер,
г. Благовещенск

Цель исследования. Провести статистический анализ заболеваемости атопическим дерматитом в Амурской области в сравнении с показателями РФ.

Материалы и методы. Формы статистической отчетности Ф-34, Ф-9 и формы федерального статического наблюдения Ф-12.

Результаты и обсуждение. Кожные патологии, или дерматозы – это большой ряд приобретенных или наследственных заболеваний. По своей значимости и распространенности дерматозы занимают 5-е место среди всех учитываемых нозологий. Заболеваемость всего населения болезнями кожи и подкожной клетчатки составила 4027,3 на 100 тыс. населения, в Амурской области 3962 на 100 тыс. населения (5915317 в РФ и 31445 в АО впервые зарегистрированных заболеваний).

Нами было проведено изучение формы статистической отчетности по заболеванию атопическим дерматитом в Амурской области. Самые высокие показатели распространенности атопического дерматита наблюдаются среди детей. В 2018 г. 73% всех зарегистрированных заболеваний атопическим дерматитом приходилось на детей в возрасте 0-17 лет, 41% приходится на детей в возрасте 0-4 лет, а показатель распространенности атопического дерматита среди детей этого возраста достигает 1995 на 100 тыс. соответствующего населения. В АО также большее число случаев регистрируется у детей 0-4 лет и составило 36% (1327, 0 на 100 тыс. соответствующего населения), что в 1,5 раза ниже среднероссийского показателя.

Показатель распространенности атопического дерматита среди детей 0-14 лет в 2018 г. в РФ составил 1589,0, показатель заболеваемости – 774,4 на 100 тыс. детского населения. В АО показатели в 2018 г. составили 1102,7 и 624,7 соответственно. По России за последние 10 лет прослеживается тенденция к снижению обоих показателей: распространенности на 15,8%, заболеваемости на 31%. В АО за период 2009-2018 гг. отмечается тенденция к увеличению распространенности на 2,2%, в отношении заболеваемости отмечается снижение на 10,8%, главным образом за последние 2 года.

Среди детей в возрасте 15-17 лет распространенность и заболеваемость по РФ выраженной динамики не демонстрируют, показатели остаются стабильно высокими, не имея на протяжении 2009-2018 гг. существенных колебаний. Распространенность составила 1134,0, заболеваемость 374,1 на 100 тыс. населения. В АО, так же, как и в РФ оба показателя имеют тенденцию к снижению, распространенность среди подростков за период с 2009 по 2017 год снизилась на 61%, заболеваемость на 38,7%. В 2018 г. по сравнению с 2017 г. отмечается резкий подъем распространенности атопического дерматита у подростков в Амурской области на 24%.

Выводы. На фоне высокой распространенности атопического дерматита среди населения охват пациентов диспансерным наблюдением на протяжении рассматриваемого периода остается низким, составляя 36% по РФ и 33% по Амурской области.

Охват диспансерным наблюдением детей в возрасте от 0-14 лет, страдающих атопическим дерматитом, составляет лишь 34,5% по РФ и 27,3% по Амурской области, что в 1,2 раза ниже показателя РФ. Несколько активнее ведется работа среди детей в возрасте 15-17 лет, где охват в среднем по стране составляет 46%, в Амурской области этот показатель равен 47%, что на уровне показателя по РФ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ

Минушкина Л.О.², Зубова Е.А.¹,
Бражник В.А.^{1,2}, Затейщиков Д.А.^{1,2}

¹Городская клиническая больница №51,

²Центральная государственная медицинская академия,
Москва

Цель исследования. Оценить эффективность и приверженность к медикаментозной терапии у больных 75 лет и старше, перенесших острый коронарный синдром.

Материалы и методы. В исследование включены 343 больных 75 лет и старше (116 (33,8%) мужчин и 227 (66,2%) женщин, средний возраст 81,47±4,83 лет), перенесших острый коронарный синдром (ОКС), участвовавших в многоцентровом исследовании ОРАКУЛ II (Обострение ишемической болезни сердца: логико-вероятностные пути прогнозирования для оптимизации лечения). Исследование проведено на базе ГБУЗ ГКБ 51 ДЗМ. Больные наблюдались в течении 1 года после эпизода острого коронарного синдрома (визиты наблюдения проводились на 25, 90, 180 и 365 день после включения в исследование). Фиксировались смерть от любых причин, коронарные конечные точки (фатальный и не фатальный инфаркт), все неблагоприятные исходы (смерти, повторные ишемические события и все случаи клинически значимых кровотечений). Регистрировалась проводимая терапия (группы препаратов, названия лекарственных форм, дозы) и регулярность приема препаратов. На всех визитах регистрировали АД и ЧСС. Рассчитывали межвизитную вариабельность артериального давления как величину VIM. Оценку наличия синдрома старческой астении (хрупкости) проводили с помощью стандартного опросника «Возраст не помеха».

Результаты исследования. В наблюдаемой группе синдром старческой хрупкости был диагностирован у 85 больных. При анализе антитромбо-

тической терапии существенных различий в частоте назначения антиагрегантов и антикоагулянтов у «хрупких» и «крепких» больных не выявлено. При этом у хрупких больных выше оказалась частота значимых кровотечений. «Хрупкие больные оказались существенно менее привержены к терапии статинами (42,4% больных были привержены среди «хрупких» пациентов и 82% среди «крепких», $p=0,0025$). При этом прием статинов существенно уменьшал риск повторных коронарных исходов вне зависимости от наличия синдрома старческой астении.

Больные с синдромом старческой хрупкости имели достоверно более низкий уровень систолического артериального давления ($119,6\pm 4,35$ мм рт. ст. и $125,6\pm 5,67$ мм рт. ст., $p=0,016$) и большую ЧСС ($69,7\pm 5,82$ и $66,8\pm 6,30$, $p=0,042$) на фоне проводимой терапии. Межвизитная вариабельность систолического и диастолического АД на фоне терапии достоверно не отличалась. Эффективное уменьшение ЧСС на фоне терапии бета-адреноблокаторами существенно влияло на выживаемость «крепких» больных старшего возраста ($p=0,044$) и не ассоциировалось с улучшением прогноза у «хрупких» пациентов.

Вывод. Наличие синдрома старческой астении (хрупкости) ассоциировано со снижением приверженности к проводимой терапии у больных, перенесших ОКС. Проводимая антигипертензивная терапия в этой группе больных может приводить к более высокому риску неблагоприятных эффектов.

РИСК И ПОЛЬЗА КОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СПИННОГО МОЗГА

Мирзаева Л.М.

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Использование кортикостероидной терапии (КС) при позвоночно-спинномозговой травме все еще остается предметом дискуссий. Последние годы появляется все больше исследований, указывающих на недостоверность положительного влияния КС и наличие в то же время негативного воздействия на частоту развития осложнений, особенно респираторных.

Цель исследования. Изучить влияние кортикостероидной терапии на частоту развития осложнений и регресс неврологического дефицита в остром периоде позвоночно-спинномозговой травмы (ПСМТ).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 285 архивных историй болезни пациентов, получивших травматические повреждения спинного мозга в период с 1 января 2012 г. по 31 декабря 2016 г.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного исследования выявлено, что КС использовались в 55% случаев острой ПСМТ (95% доверительный интервал (ДИ): 49% – 61%). Выявлено, что при использовании КС осложнения развивались чаще, в 35% случаев (ДИ: 27-43%), чем без использования КС, 26% (ДИ: 19-34%), однако различия не достоверны ($p=0,11$). При анализе влияния КС на частоту каждого из осложнений выявлено достоверное ($p<0,05$) увеличение частоты развития респираторных осложнений при использовании КС ($r=0,13$ – очень слабая корреляция), тогда как на развитие других осложнений (сепсис, тромбоэмболии, пролежни, инфекции мочевыводящих путей, инфекции послеоперационной раны) КС не оказывали достоверного влияния ($p>0,05$).

Регресс неврологического дефицита наблюдался в 29% случаев и был чаще среди лиц, которые получали КС терапию (33% vs 23%). При анализе динамики неврологической симптоматики в группах пациентов с разной степенью выраженности повреждений (по шкале ASIA) выявлено, что улучшение (как минимум на 1 степень) отмечалось чаще при повреждениях типа AIS B (48%) и AIS C (54%) в сравнении с повреждениями типа AIS A (6%) и AIS D (20%), $p<0,05$.

КС терапия применялась чаще всего при повреждениях степени AIS A – в 83%, при этом регресс неврологического дефицита был в 6% случаев (при использовании КС) vs 0% (без КС), $p=0,54$. При повреждениях степени AIS B КС использовались в 66%, регресс неврологического дефицита наблюдался в 48% (в группе с КС) vs 54% (в группе без КС), $p=0,74$. В случаях с ПСМТ степени AIS C КС терапия была использована у 55% пациентов, улучшение было достигнуто в 63% (в группе с КС) vs 46% (в группе без КС), $p=0,23$. Среди пациентов с более легкими повреждениями, AIS D, где КС были использованы только в 46% случаев, отмечался менее выраженный, однако достоверный регресс неврологического дефицита – 29% (в группе с КС) vs 13% (в группе без КС), $p<0,05$.

При анализе частоты использования КС при повреждениях на разных неврологических уровнях выявлено, что КС применялись в 54% при повреждениях на шейном уровне, в 64% – на грудном и в 49% – на пояснично-крестцовом. Положительная динамика при использовании КС в сравнении с группой пациентов, не получавших КС, при ПСМТ на уровне шейного отдела спинного мозга наблюдалась в 31%

vs 29% ($p=0,79$), грудного – 36% vs 24%, пояснично-крестцового – 34% vs 14% ($p<0,05$).

Выводы. При выборе кортикостероидов в качестве противотечной терапии при травматических повреждениях спинного мозга необходим дифференцированный подход с учетом обоснованного прогноза возможной пользы для пациента и риска развития респираторных осложнений.

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ КАЛЬЦИНИРУЮЩЕГО ПОРАЖЕНИЯ КЛАПАНА АОРТЫ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Михеева Н.А.¹, Гуляев Н.И.², Олексюк И.Б.²

¹Санкт-Петербургский институт
биорегуляции и геронтологии,

²Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить встречаемость кальцинирующего поражения клапана аорты среди пациентов пожилого и старческого возраста, находящихся на обследовании и лечении в условиях кардиологического стационара.

Материал и методы. В исследование были включены 2550 пациентов 60-89 лет ($n=2550$, 1130 женщин и 1420 мужчин, средний возраст $70,3\pm 7,5$ лет), находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении в 2016-2019 годы. Всем пациентам проводилось трансторакальное эхокардиографическое исследование с помощью аппарата «Toshiba Aplio 300» (Япония). Оценка степени тяжести поражения клапана аорты проводилась с использованием рекомендаций совместного руководства Европейского общества кардиологии (ESC) и Европейской ассоциации торакальной хирургии (EACTS) по диагностике и лечению болезней сердечных клапанов, а также с помощью 2-го издания руководства по эхокардиографии Европейской ассоциации сердечно-сосудистой визуализации. Степень тяжести аортального стеноза устанавливалась на основании площади аортального клапана (S), максимальной скорости кровотока (V_{max}) и градиента давления (ΔP).

Результаты. Поражение аортального клапана было диагностировано у 92 пациентов (3,6%), из них

кальциноз без признаков ускорения кровотока выявлен у 38 пациентов (41,3%, в общей группе – 1,5%), аортальный стеноз легкой степени тяжести – у 47 пациентов (51,1%), умеренный аортальный стеноз – у 5 пациентов (5,4%), тяжелый аортальный стеноз – у 2 пациентов (2,2%).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что среди пациентов пожилого и старческого возраста с эхокардиографической картиной патологии клапана аорты наиболее часто диагностируется начальное кальцинирующее поражение и легкое стенозирование аортального клапана. Учитывая существующую в настоящее время тенденцию к старению населения, можно предположить значительный рост количества пациентов с аортальным стенозом, который, в свою очередь, независимо от степени тяжести, является общепризнанным фактором риска развития неблагоприятных кардиальных событий.

АПОЛИПОПРОТЕИН А-1 В ДИАГНОСТИКЕ КАЛЬЦИНИРУЮЩЕГО ПОРАЖЕНИЯ КЛАПАНА АОРТЫ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Михеева Н.А.¹, Гуляев Н.И.², Олексюк И.Б.²

¹Санкт-Петербургский институт
биорегуляции и геронтологии,

²Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучение значения апополипротеина А-1 в диагностике кальцинирующего поражения клапана аорты у пациентов пожилого и старческого возраста.

Материал и методы. Всего в исследование были включены 78 пациентов 60-89 лет (51 мужчина (65,4%) и 27 женщин (34,6%)), находившихся на обследовании и лечении в условиях кардиологического отделения. 38 пациентов, у которых по данным трансторакального эхокардиографического исследования определялись признаки кальциноза клапана аорты, были включены в основную группу. Группу контроля составили 40 сопоставимых по возрасту и полу пациентов, не имевших признаков поражения аортального клапана. У всех пациентов в обеих группах было проведено определение содержания апополипротеина А-1 (иммунотурбидиметрический метод с помощью анализатора «Sapphire-400» (Япония)). Для статистической обработки полученных

данных использовался пакет прикладных статистических программ «Statistica 10.0 for Windows».

Результаты. При анализе содержания аполипротеина А-1 выявлено существенно более низкое значение ($p < 0,001$) в группе кальциноза клапана аорты (0,77 [0,65; 1,10] г/л) по сравнению с группой контроля (1,41 [1,24; 1,52] г/л). В ходе дальнейшего дискриминантного анализа определено критическое содержание Апо А-1-1,2 г/л, позволяющее верно разделить пациентов с кальцинозом клапана аорты и пациентов с интактным аортальным клапаном (при получении Апо А-1 > 1,2 г/л пациент предположительно не имеет признаков кальциноза клапана аорты, при А-1 < 1,2 г/л – предположительно имеет кальциноз).

Выводы. Важным лабораторным маркером, значимо более низкое содержание которого ассоциировано с наличием кальцинирующего поражения клапана аорты у пациентов 60 лет и старше, является аполипротеин А-1, что подтверждается методом дискриминантного анализа. Полученные результаты могут указывать на непосредственное влияние Апо А-1 на развитие и течение заболевания за счет системной воспалительной реакции, усиления повреждения и нарушения функции эндотелия, что является одним из патогенетических механизмов формирования кальциноза.

ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ ГРАНУЛЕМАТОЗ С ПОЛИАНГИИТОМ – МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ

Мороз О.К., Сиротко О.В., Литвяков А.М.

Витебский государственный
медицинский университет,
г. Витебск, Республика Беларусь

Цель исследования. Показать важность дифференциальной диагностики заболеваний легких со схожими клиническими и лабораторно-инструментальными проявлениями, но различными по патогенезу на примере клинического случая из практики.

Материалы и методы. Нами был проведен ретроспективный анализ медицинских карт: поликлинической и текущей госпитализации пациентки З., 1981 года рождения, которая была госпитализирована в пульмонологическое отделение УЗ «Витебской областной клинической больницы».

Результат. Анамнез. Пациентка З., 38 лет поступила в пульмонологическое отделение с подозрением на внегоспитальную верхнедолевую пневмонию в ноябре 2019 г. Предъявляла жалобы

на общую слабость, повышение температуры тела до 39°C, потливость, кашель с трудноотделяемой мокротой, одышку, усиливающуюся при физической нагрузке.

Заболела остро, после переохлаждения. Самостоятельно принимала парацетамол без особого эффекта. Через 3 дня обратилась в приемный покой УЗ «ВОКБ». С диагнозом «Двусторонняя внегоспитальная верхнедолевая пневмония, ДН₀₋₁ степени» госпитализирована в пульмонологическое отделение. Также известно, что пациентка около 20 лет болевает неспецифическим язвенным колитом, 7 лет аллергическим ринитом и 5 лет бронхиальной астмой. По поводу этих заболеваний наблюдается у соответствующих специалистов. Пациентка отмечает похудание за последние три месяца на пять килограмм и периодический бессимптомный субфебрилитет.

Осмотр. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,8°C. При клиническом осмотре патологии не выявлено.

Лабораторное обследование. Серореакции на сифилис, вирус иммунодефицита человека, гепатиты (В, С) – отрицательные. Общий анализ крови: эритроциты (RBC) 4,63 Ед/л, гемоглобин (HGB) 132 г/л, гематокрит (HCT) 38,5%, средний объем эритроцитов (MCV) 83,2 фл, среднее содержание гемоглобина (MCH) 28,5 пг, средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC) 343 г/л, тромбоциты 380×10^9 /л, лейкоциты (WBC) $12,33 \times 10^9$ /л, лимфоциты 27%, нейтрофилы 56,2%, моноциты 5,8%, эозинофилы 20%, базофилы 0,2%, скорость оседания эритроцитов – 53 мм/ч. Общий анализ мочи и микроскопия осадка без патологии. Биохимическое исследование крови: СРБ (N до 6) – 98 Ед/л, циркулирующие иммунные комплексы 79 Ед., остальные показатели без патологии. Гемостазиограмма в норме. При диагностике инфекций методом ПЦР антитела к токсокар, трихинелле, эхинококку, аскариде не выявлены. Кровь на анти-протеиназу 3 (PR3) 64,31 ОЕд/мл (N=до 20), анти-миелопероксидазу (MPO) 2,65 ОЕд (N=до 20), анти-GBM не выявлены. Анализ мокроты: единичные лейкоциты и клетки плоского эпителия, кокковая микрофлора.

Инструментальное обследование. На электрокардиограмме без патологии. На рентгенограмме органов грудной клетки слева определяется затемнение с участками просветления (деструкция?), справа-в S2 на фоне измененного легочного рисунка определяется полость распада. Корни уплотнены. Синусы свободны. Срединная тень не смещена. На серии компьютерных томограмм определяются зоны интерстициальных изменений верхних и нижних долей обоих легких по типу «матового стекла» с четкими контурами (эозинофильные инфильтра-

ты?). Легочной рисунок усилен, деформирован за счет сосудистого и интерстициального компонента. При спирографии - вентиляционная функция легких не нарушена. Осмотрена лор-врачом: «Хронический полипозный риносинусит». Осмотрена фтизиатром – взята мокрота на микобактерии туберкулеза (методом Bactec-960 культура микобактерий не выделена), сделана проба Манту и диаскин-тест (результаты проб отрицательные).

На фоне проведенного лечения: антибактериальной терапии, ингаляций беродуала, пульс-терапии метилпреднизолоном и циклофосфаном, с последующим назначением метилпреднизолона и азатиоприна перорально. Отмечена отчетливая положительная динамика: уменьшился кашель, одышка, исчезла температура, слабость, улучшились лабораторные показатели.

Выводы. Таким образом, при проведении комплексного обследования пациентке был выставлен диагноз: «Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом (синдром Чардж-Стросса). Бронхиальная астма, персистирующая, частично-контролируемое течение, Дн₀. Сенсibilизация к бытовым, эпидермальным аллергенам. Хронический полипозный риносинусит. Неспецифический язвенный колит, хроническое рецидивирующее течение, в стадии ремиссии», что позволило назначить адекватную патогенетическую терапию и добиться улучшения состояния. Анализ данного случая показывает характерную стадийность течения синдрома Чардж-Стросса [2]. Для успешной ранней диагностики этого заболевания у пациентов с бронхиальной астмой, аллергическим ринитом, гиперэозинофилией, легочными инфильтратами в профиль обследований должны быть обязательно включены обследования на специфические антитела и маркеры для исключения системного заболевания.

ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЙ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ В РФ

Мошкина А.Ю.

Тюменский государственный
медицинский университет,
г. Тюмень

Цель исследования. Изучить российские и зарубежные законы в области пересадки органов и тканей, разработать предложения, направленные на увеличение количества и расширение спектра проводимых трансплантаций.

Материалы и методы. Методы – анализ законов Российской Федерации (Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Закон РФ от 22 декабря 1992 г. №4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека», Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ и Российской академии медицинских наук от 25 мая 2007 г. №357/40 «Об утверждении Перечня органов и (или) тканей человека – объектов трансплантации, Перечня учреждений здравоохранения, осуществляющих трансплантацию органов и (или) тканей человека, и Перечня учреждений здравоохранения, осуществляющих забор и заготовку органов и (или) тканей человека» и других) и иностранных государств в области трансплантаций, а также изучение монографий.

Основываясь на актуальных проблемах системы здравоохранения России и опыте зарубежных стран разработать предложения, направленные на увеличение количества и расширение спектра проводимых трансплантаций.

Результаты и обсуждение. Существует два юридических подхода к решению проблемы донорства органов: презумпция согласия и несогласия, которые одобрены ВОЗ. Первый подход (используется в Австрии) подразумевает, что если человек не выразил свое желание против трансплантации собственных органов при жизни, то после смерти их можно использовать как донорские (на это не требуется согласие родственников). Второй подход (используется в США и Великобритании) подразумевает, что человек не согласен с тем, чтобы стать донором после собственной смерти, а если он хочет спасти жизнь другому гражданину путем трансплантации, то должен при жизни выразить это. Для сравнения в США в год проводится около 9 тысяч трансплантаций почек, а в РФ около 300. Однако в законе РФ от 22 декабря 1992 г. №4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» прописана презумпция согласия, которая еще не вступила в силу, также этот закон запрещает детское донорство, кроме пересадки красного костного мозга.

Выводы. Для увеличения количества и спектра трансплантаций в Российской Федерации следует предпринять меры: работа с населением (информирование о случаях спасения жизни тяжелобольных людей путем трансплантации органов и тканей), принятие презумпции несогласия (информация о согласии на трансплантацию следует заносить в паспорт дееспособным гражданам, достигшим 18 лет), разрешение детского донорства с согласия родителей (законных представителей) в случае смерти мозга ребенка.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ В УЗБЕКИСТАНЕ

Муллаханов Ж.Б.¹, Мавлянова Ш.З.¹,
Исмагилов А.И.¹, Капралова Ю.А.²,
Юнусова З.С.¹, Мавлянова З.Н.¹

¹Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр
дерматовенерологии и косметологии,

²Институт биоорганической химии Академии наук,
Ташкент, Республика Узбекистан

Поиск молекулярно-генетических аспектов в развитии аллергодерматозов играет важнейшую роль в патогенезе развития заболевания. В этой сфере особую роль играет оценка выявляемости генов ферментов ксенобиотиков и генотипирования стафилококков в организме у больных аллергодерматозами, так как многие заболевания человека, в том числе аллергические заболевания, сопровождаются нарушениями симбиотических взаимодействий внутри микробного сообщества, а также взаимоотношениями между макроорганизмом и его микробиотой.

Цель исследования. Дать оценку выявляемости аллельных вариантов полиморфизма генов ферментов ксенобиотиков и генотипирования стафилококков в клиническом течении аллергодерматитов.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 88 больных с аллергическими заболеваниями кожи в возрасте от 5 до 67 лет. У всех пациентов проводились клинические, молекулярно-генетические исследования гена GSTP1 в крови и генотипирование микроорганизма *st. aureus* высеянного с очагов поражения кожи. Контрольную группу составили 72 здоровых лиц.

Результаты исследования. Сравнительный анализ частоты распределения аллелей и генотипов полиморфизма *Pe* 105 Val гена фермента ксенобиотиков GSTP1 среди 176 образцов ДНК у 88 больных АД в 67,0% случаев выявило наличие нормального аллеля А и в 33% случаев – аллеля G соответственно. Тогда как, в контрольной группе частота встречаемости мутантного аллеля *Pe* 105 Val гена фермента ксенобиотиков GSTP1 составила 12,5%, что в 2,6 раз было ниже по сравнению с основной группой ($P < 0,05$).

При анализе распределения частоты встречаемости аллелей и генотипов данного полиморфизма в группе больных аллергодерматозами обнаружены достоверные различия по сравнению с группой контроля. Функционально неблагоприятный аллель G гена GSTP1 в 3,4 раза статистически достоверно преобладал в исследованных хромосомах больных аллергодерматозами по сравнению с популяционной выборкой ($\chi^2 = 10,8$; $P < 0,05$; OR=3.4; 95%CI 1.6-7.4).

Распределение частот генотипов данного полиморфизма также выявило достоверные отличия между основной группой и группой сравнения в общей выборке ($P < 0,05$). Выявлены ассоциации «функционально неблагоприятных» генотипов A/G ($\chi^2 = 6,9$; $P < 0,05$; OR=2.6; 95%CI 1.264-5.382) и G/G ($\chi^2 = 8,0$; $P < 0,05$; OR=11.2; 95%CI 1.421-88.43) с развитием аллергодерматозов.

Результаты исследования показали, что аллель G и гетеро/гомозиготные генотипы полиморфизма *Pe* 105 Val гена GSTP1 являются значимыми маркерами повышенного риска развития аллергических заболеваний кожи в Узбекистане ($P < 0,05$). Аллель А и функционально благоприятный генотип A/A являются достоверными протективными маркерами в отношении развития патологии ($\chi^2 = 16,5$; $P < 0,05$; OR=0.2; 95%CI 0.1186-0.4868). Молекулярно-генетические исследования генотипов *st. aureus*, высеянных у больных с аллергодерматозами показали, что метициллинрезистентный стафилококк – (*mecA*) был обнаружен в 39 образцах, что составило 92,8% случаев. Тогда как стафилококки, продуцирующие токсин синдрома токсического шока – (*Tsst*) были обнаружены у 27 пациентов (64,3%), а стафилококки, продуцирующие лейкоцидин Пантона-Валлентайна – *Luk* – 433 bp обнаружены у 7, что составило 16,6% соответственно.

Выводы. У больных аллергодерматозами с аллельными вариантами G гена GSTP1 наиболее часто высевается метициллинрезистентный стафилококк – (*mecA*), что обуславливает развитие персистирующих форм оппортунистических инфекций.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ КАВЕРНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ, ВЫЯВЛЕННЫХ ПРИ ПЛАНОВОМ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННОМ ИССЛЕДОВАНИИ

Мунасинова А.Д., Голдобин В.В.

Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Актуальность. Каверномы представляют собой сосудистые мальформации, состоящие из полостей разного объема, ограниченные тонкими, легко кровоточащими, или толстыми с соединительнотканными стенками. Прогрессирующие кавернозные мальформации (КМ) могут сдавливать окружающие структуры мозга, вызывая очаговую симптоматику, а также приводить к кровоизлияниям и тромбозам. Клинически манифестные каверномы являются тяжелым заболеванием, приводящим к инвалидизации и смерти пациентов.

Цель. Сопоставить клинические проявления кавернозных мальформаций (КМ) головного мозга, выявленных при МРТ-исследовании, в соответствии с критериями предложенными J.M. Zabramski с соавт.

Материалы и методы. Были проанализированы данные МРТ у 20 пациентов (9 мужчин и 11 женщин) в возрасте 53±18,5 года (от 24 до 87 лет). Были использованы следующие режимы: T2-ВИ, FLAIR, SWI/T2-GRE в аксиальной, фронтальной и саггитальной плоскостях. Локализация КМ в полушариях наблюдалась у 10 (50%) обследованных, в стволе – у 5 (25%), в мозжечке – у 5 (25%).

Результаты и обсуждение. Из четырех вариантов течения КМ первый I – подострое кровоизлияние с симптомным течением – у обследованных нами пациентов не наблюдался. Изменения, соответствующие II типу КМ – мелкоточечные кровоизлияния с тромбозами со смешанным сигналом («сетчатый узор, попкорн») на T2 и T1-ВИ наблюдались у 7 больных. По данным литературы этот вариант характерен только для манифестных пациентов, в нашем исследовании клинические проявления не наблюдались у 3 обследованных, в то время как у других – были локальные симптомы. III тип КМ – хроническое кровоизлияние, характеризующееся гипоинтенсивным сигналом на T1 и T2 с ободком – обнаруживался в 8 случаях. Телеангиоподобные изменения (IV тип: гипоинтенсивные точечные изменения на T2) визуализировались у 5 пациентов. III и IV варианты, по данным литературы, протекают бессимптомно.

Выводы. Наиболее частым типом кавернозных мальформаций в обследованной группе был III – хронические кровоизлияния с отложением гемосидерина внутри и вокруг очага поражения. В группе обследованных со II типом изменений на МРТ были пациенты с более доброкачественным течением по сравнению с данными литературы.

ИММУНОГЕННОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ 23-ВАЛЕНТНОЙ ПНЕВМОКОККОВОЙ ВАКЦИНЫ У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ)

Муравьева Н.В., Белов Б.С., Тарасова Г.М.,
Черкасова М.В., Лукина Г.В.

Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Оценить иммуногенность и безопасность 23-валентной пневмококко-

вой вакцины (ППВ-23) у больных анкилозирующим спондилитом (АС).

Материалы и методы. В исследование включено 18 больных АС: 14 мужчин, 4 женщин, возраст 38.7±11.5 лет, длительность заболевания 16.2±10.8 лет. 5 больных имели в анамнезе более 2 эпизодов инфекций нижних дыхательных путей (пневмония, бронхит). На момент включения в исследование у 89% пациентов активность АС оценена как высокая (медиана BASDAI составила 5.1 [4; 6.2]). Все больные получали нестероидные противовоспалительные препараты, 6 пациентов – сульфасалазин, 4 – метотрексат, 1 – глюкокортикоиды, 1 – этанерцепт. ППВ-23 вводили в количестве 1 дозы (0.5 мл) подкожно на фоне проводимой терапии. У 14 больных вакцинацию выполняли перед назначением секукинумаба; 2 из них продолжали принимать метотрексат, 3 – сульфасалазин. Уровень антител к пневмококковому капсульному полисахариду определяли с помощью набора EIA PCP IgG (TestLine Clinical Diagnostics s.r.o., Czech Republic) перед вакцинацией, через 1 и 3 месяца после вакцинации. Длительность наблюдения за больными составила 6.7±4.9 месяцев.

Результаты. Медиана [25-й, 75-й перцентили] концентрации пневмококковых антител перед вакцинацией ППВ-23 составила 78.2 U/ml [35.2; 246.3], через 1 месяц – 246.7 U/ml [148.6; 266.1], через 3 месяца – 261.1 U/ml [214.1; 273.4]. Через 1 и 3 месяца после вакцинации концентрация антител к пневмококковому капсульному полисахариду была значимо выше по сравнению с исходными показателями (p=0.04 и p=0.008, соответственно). Ни у одного больного не отмечено развитие инфекций нижних дыхательных путей. Обострения АС не наблюдалось. У 83% больных не выявлено каких-либо нежелательных явлений вакцинации. Реакции в месте инъекции (боль, отек и гиперемия кожи до 2 см в диаметре), разрешившиеся самостоятельно через 3-5 дней, отмечены у 2-х пациентов. У одного больного зарегистрирована выраженная местная реакция (инфильтрат и гиперемия кожи до 8 см в диаметре, боль в руке), сопровождающаяся субфебрильной лихорадкой в течение 2 дней, что потребовало назначения антигистаминных препаратов.

Выводы. Предварительные результаты свидетельствуют об удовлетворительной иммуногенности и безопасности ППВ-23 у больных АС. Для более точной оценки иммуногенности, эффективности и безопасности вакцины необходимы дальнейшие исследования.

ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЕРОКСИБА В ЛЕЧЕНИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА

Мухаммадиева С.М., Набиева Д.А.,
Саидрасулова Г.Б., Мирахмедова Х.Х.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Оценить противовоспалительную эффективность селективного ЦОГ-2-ингибитора – ВЕРОКСИБ у больных анкилозирующим спондилоартритом (АСА).

Материалы и методы. Исследование проводилось в ревматологическом отделении многопрофильной клиники ТМА. В исследование были включены 46 пациентов АСА, соответствовавших Нью-Йоркским модифицированным критериям 1984 г. Было обследовано 39 мужчин и 7 женщин, медиана возраста пациентов составила 35 (от 23 до 66 лет) года. Длительность заболевания на момент исследования была равна 10,5 (от 1 до 36 лет) года. Все больные были разделены на две группы в зависимости от применяемой противовоспалительной терапии АСА: в первой группе пациенты (n=24) ежедневно принимали вероксиб 90 мг 1 раз в сутки, во второй группе (n=22) получали диклофенак 150 мг/сут. У всех больных оценивали общепринятых клинических и лабораторных исследований и проводилась рентгенография позвоночника и костей таза. Период наблюдения за больными составил 12 нед. Исходно, через 6 и 12 нед. всем больным проводилось клиническое исследование на эффективность и переносимость препаратов. Клиническое исследование дополнялось оценкой боли при активных и пассивных движениях в суставах и позвоночнике по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), определением индекса BASDAI, ASDAS-СРБ, уровнем С-реактивного белка (СРБ). Больные разных групп не различались по демографическим и большинству исходных клинических и лабораторных параметров. Полученные данные были внесены в компьютерную программу Statistica 6.0 (StatSoft Inc., США) для последующей статистической обработки.

Результаты. При оценке динамики клинических и лабораторных показателей активности АСА в течение 12 нед. в первой группе не отмечалось статистически значимых изменений. Во второй группе через 12 нед. наблюдалось достоверное (p<0,05) уменьшение боли при движениях по ВАШ с 25,1 [13,7; 42,5] до 68,3 [56,6; 78,9] мм (p<0,05) и содержания СРБ по сравнению с исходным уровнем с 4,2 [1,4; 6,7] до 14,91 [8,2; 21,7] мг/л (p<0,05)]. Также наблюдалась тенденция к снижению значений индексов

BASDAI и ASDAS-СРБ. В первой группе после 6 и 12 нед. лечения индексы BASDAI и ASDAS-СРБ, интенсивность боли при движениях в суставах и уровень СРБ были достоверно ниже, чем во второй группе (p<0,05). Также в первой группе в процессе лечения были достигнуты достоверно более низкие значения индекса BASDAI, боли в суставах через 6 и 12 нед. и концентрации СРБ через 6 нед. по сравнению со второй группой (p<0,05). При сопоставлении переносимости препаратов диклофенак чаще вызывал нежелательные явления со стороны желудочно-кишечного тракта чем вероксиб (7,2% и 3,4% соответственно).

Выводы. Использование селективного противовоспалительного препарата Вероксиб показало значительное уменьшение боли в области позвоночника, положительную динамику общей активности болезни и функционального статуса пациентов, также обеспечивал существенное повышение качества жизни больных АСА.

ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ ФИТОПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ДИСГОРМОНАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЖАРКОМ КЛИМАТЕ

Мухамметгульева О.С.¹, Сулейманова Н.Д.²

¹Больница с научно-клиническим
центром физиологии,

²Центр неотложной медицинской помощи,
Ашхабад, Туркменистан

Цель работы. Изучение особенностей фармакологических эффектов фитопрепарата, содержащего 2,8 мг экстракта корневищ цимицифуги кистевидной в амбулаторной терапии дисгормональной кардиомиопатии (ДК) у женщин с абдоминальным ожирением (АО) в перименопаузальном периоде, проживающих в жарком климате.

Материалы и методы. Наблюдались 19 женщин с АО I-II ст. в возрасте 48,1±7,2 лет с давностью ДК 4,4±1,0 лет. Им проводились ЭКГ покоя, ЭхоКГ и измерение индекса Кетле (ИК); осмотр гинеколога, УЗИ молочных желез (МЖ) и органов малого таза (ОМТ), цитологическое исследование цервикальных мазков (ЦИЦМ), расчет модифицированного менопаузального индекса (ММИ) Куппермана в модификации Е.В.Уваровой. Нами был назначен широко известный в кругу врачей умеренного климата своим эстрогеноподобным эффектом фитопрепарат климадион в дозе по 20 мг 2 раза в день (утро+вечер) в

течение не 3-х мес. как обычно, а 6 мес. без перерыва под контролем в конце каждого месяца жалоб и общего состояния женщин, измерения ЧСС и АД, ЭКГ и ЭхоКГ, осмотра гинеколога, а в конце 3 и 6 мес. терапии – в сочетании с проведением УЗИ МЖ и ОМТ, ЦИЦМ и расчета ММИ.

Результаты и их обсуждение. Исходно у всех обследованных женщин в жалобах были отмечены непереносимость высокой температуры окружающей среды и душных помещений, вплоть до ежедневных обморочных состояний; эпизоды учащенного сердцебиения, чувство замирания и неполного вдоха, вплоть до удушья; одышка и боли в области сердца; лабильность частоты сердечных сокращений (ЧСС) и артериального давления (АД); перепады в настроении, утомляемость, раздражительность, нарушения сна, сонливость днем, чрезмерная потливость и жажда в течение дня. На фоне сопутствующих нарушений в менструальном цикле число «приливов жара» доходило до 30 за сутки, даже кондиционеры в помещениях не приносили облегчения. Исходно у всех женщин степень тяжести климактерического синдрома согласно значений ММИ была оценена как умеренная, значения ИК составили $35,3 \pm 0,7 \text{ кг/м}^2$, отсутствовали патологические изменения при ЭхоКГ, УЗИ МЖ и ОМТ, ЦИЦМ, но на ЭКГ покоя выявлялись дистрофические изменения в миокарде и признаки перегрузки левых отделов сердца, при этом отмечена полиморфная экстрасистолия у 7 жен. и у 3-х эпизоды суправентрикулярной тахикардии. В течение первых 3-х мес. терапии нагрубание молочных желез наблюдалась у 4, менструальноподобные выделения у 3 и единичные фурункулы у 1 жен. Они имели преходящий характер и пациентки не высказывали своего отказа от лечения. К концу 3 мес. терапии отмечалась регрессия кардионеврологической симптоматики и гипергидроза, число «приливов жара» дошло до 2-3 за месяц, переносимость высокой температуры окружающей среды и душных помещений стала терпимой; на ЭКГ отмечалось улучшение обменных процессов в миокарде и регрессия признаков перегрузки левых отделов сердца. Гинекологом была также отмечена регрессия значений ММИ. К концу 6 мес. терапии данным фитопрепаратом были выявлены исчезновение всех жалоб и стабильность показателей ЭКГ в отсутствие негативной картины при осмотре гинекологом. При этом у них не отмечалось ни нарастания ИК, ни его снижения, отмеченных по данным литературы у женщин в умеренном климате.

Выводы. Достижение в ходе терапии эстроген-содержащего фитопрепарата климадинона регрессии клинических проявлений ДК у женщин с АО позволило рекомендовать его в качестве одного из препаратов выбора при длительном амбулаторном ведении данной группы больных. Включение его в алгоритм лечения ДК позволит практическим врачам сделать для жен-

щин с АО, проживающих в жарком климате, период перименопаузы «золотой осенью» в их жизни.

О МЕСТЕ ЭСТРОГЕН-СОДЕРЖАЩИХ ФИТОПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ В ЖАРКОМ КЛИМАТЕ

Мухамметгульева О.С.¹, Сулейманова Н.Д.²

¹Больница с научно-клиническим центром физиологии,

²Центр неотложной медицинской помощи, Ашхабад, Туркменистан

Цель работы. Изучение фармакологических эффектов фитопрепарата, содержащего 2,8 мг экстракта корневищ цимицифуги кистевидной в амбулаторной терапии дисгормональной кардиомиопатии (ДК), ассоциированной с постменопаузальным остеопорозом (ПО), эссенциальной артериальной гипертензией (АГ) и абдоминальным ожирением (АО) у пожилых женщин в жарком климате.

Материал и методы работы. Наблюдались 16 женщин с АО II-III ст. в возрасте $59,1 \pm 3,2$ лет с ДК давностью $8,1 \pm 1,2$ лет, АГ II степени – $9,2 \pm 1,1$ лет и впервые выявленным ПО. Им проводились ЭКГ покоя, ЭхоКГ, УЗИ почек, молочных желез и органов малого таза, УЗИ-денситометрия стоп, измерение ЧСС и АД, расчет индекса Кетле (ИК). Перед началом терапии и в конце нее проводился расчет модифицированного менопаузального индекса (ММИ) Куппермана в модификации Е.В.Уваровой. Женщинам была назначена комбинация препаратов лозартан 50 мг + гидрохлортиазид 12,5 мг + небивалол 5 мг + аспирин 75 мг + широко известный в кругу врачей умеренного климата своими фармакологическими эффектами фитопрепарат климадинон в дозе по 20 мг 2 раза в день (утро+вечер) в течение не 3-х как обычно, а 6 мес. без перерыва.

Результаты. Исходные жалобы: непереносимость высокой температуры внешней среды и душных помещений, вплоть до обмороков; эпизоды приливов жара до 25 за сутки, ощущение жара в теле и чрезмерная потливость; лабильность ЧСС и АД, одышка и удушье, боли в области сердца; перепады в настроении; снижение тургора кожи, утомляемость, бессонница ночью и сонливость днем. Исходно значения АД были $\geq 160/100 \text{ мм рт.ст.}$, ИК $35,7 \pm 1,2$ у 7 и $43,4 \pm 1,1 \text{ кг/м}^2$ у 9-ти женщин, выраженность климактерического синдрома согласно значений ММИ была оценена как тяжелая. У всех женщин на ЭКГ выявлялись дистрофические изменения в миокарде и гипертрофия левых от-

делов сердца, у 6 полиморфная экстрасистолия и у 10-ти эпизоды мерцания предсердий; на ЭхоКГ гипертрофия левого предсердия (ГЛП), левого желудочка (ЛЖ) со снижением его фракции выброса (ФВ) до 51%. В конце первых 2 мес. терапии отмечалась регрессия кардионеврологической симптоматики, достижение целевых значений АД, отсутствие негативной картины при гинекологическом обследовании. В первые 3 мес. терапии наблюдались преходящие нагрубание молочных желез у 7 и единичные фурункулы у 3 жен. К концу 3 мес. терапии значения ММИ уменьшились до слабовыраженных, число «приливов жара» дошло до 2-3 за месяц; на ЭКГ отмечалось улучшение обменных процессов в миокарде, гинекологом была отмечена регрессия клинических проявлений урогенитальной атрофии. Эти сдвиги привели наших женщин к позитивной настроенности на продолжение терапии и к концу 6 мес. терапии у них выявлялась регрессия всех жалоб, с сохранением положительной динамики со стороны урогенитальной сферы и ЭКГ-картины, на ЭхоКГ отмечены регрессия ГЛП и рост ФВ ЛЖ до 64%. При этом у наших пациенток не отмечалось роста либо снижения ИК, известных по данным литературы в умеренном климате; не выявлялось нарастания степени ПО, не потребовалось коррекции доз выбранных гипотензивных препаратов.

Выводы. Назначение климадинона в лечении коморбидной патологии у женщин в постменопаузе позволило достичь быстрой регрессии клинических проявлений и предупредить прогрессирование сердечной недостаточности. Включение его в алгоритм амбулаторного ведения данной группы больных женщин, проживающих в жарком климате, позволит практически врачам сделать период постменопаузы «золотой осенью» их жизни.

ДИНАМИКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИКРОГЕМОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ НА ФОНЕ ПНЕВМОКОНИОЗА В СОЧЕТАНИИ С ВЕГЕТО-СЕНСОРНОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ

Мякоткина Г.В., Соцкая Я.А.

Луганский государственный медицинский
университет имени Святителя Луки,
г. Луганск, Украина

Цель исследования. Оценить эффективность влияния комбинации препаратов гепатопротекто-

ра фосфоглива и иммуномодулятора циклоферона на состояние функциональных и морфологических показателей микрогемодициркуляции у больных с хронической патологией гепатобилиарной системы (ХПГБС) на фоне пневмокониоза с вегето-сенсорной полинейропатией (ВСП).

Материалы и методы. Было обследовано 78 мужчин с ХПГБС на фоне пневмокониоза с ВСП в возрасте от 30 до 60 лет, которые были разделены на 2 группы: основную – 38 человек (48,7%) и сопоставления – 40 человек (51,3%). Для морфологической оценки микроциркуляторного русла (МЦР) высчитывали индексы сосудистых, внутрисосудистых, внесосудистых нарушений и общий (интегральный) конъюнктивный индекс по формуле: $КИ_{общ.} = КИ_1 + КИ_2 + КИ_3$. Пациенты обеих групп следовали общепринятым схемам лечения, а именно: инфузионная терапия с целью детоксикации, растительные гепатопротекторы, сорбенты, антиоксиданты. По нашей инициативе пациенты основной группы дополнительно получали комбинированный гепатопротектор гепатрин по 1 капсуле 2 раза в сутки 14 дней, а затем по 1 капсуле 1 раз/сут до 40 дней, а также метаболический препарат цитофлавин по 2 таблетки 2 раза в сутки в течение 30 дней.

Результаты и их обсуждение. В результате было установлено, до начала лечения показатель $КИ_1$ у обследованных пациентов обеих групп существенно превышал норму в среднем в 3,4 раза, индекс $КИ_2$ – в среднем в 2,6 раза, что указывает на внутрисосудистые нарушения в отношении непосредственного состояния кровотока. Коэффициент $КИ_3$ до начала лечения был существенно повышенным – в среднем в 8,5 раза относительно нормы. В конце концов, интегральный показатель – $КИ_{общ.}$, был выше нормы до начала лечебных мероприятий в 3,4 раза практически у всех больных. После лечения $КИ_1$ у пациентов основной группы составлял $2,6 \pm 0,02$, что было в 1,08 раза выше нормы, $КИ_2$ – в 1,2 раза превышало норму, показатель $КИ_3$ у больных, составлял $0,4 \pm 0,5$, что в среднем в 2 раза превышало норму, а $КИ_{общ.}$ в этот период обследования был в среднем в пределах $4,7 \pm 0,5$ балла, что превышало в среднем в 1,2 раза соответствующий показатель нормы. Если подробно рассмотреть показатели МЦР после лечения у больных второй группы, то они, существенно превышая норму и аналогичные показатели первой группы, выглядели следующим образом: $КИ_1$ был выше нормы в 1,6 раза, $КИ_2$ – в 1,8 раз, $КИ_3$ – практически в 5 раз, и наконец, интегральный индекс $КИ_{общ.}$ превышал в среднем в 1,85 раза соответствующий показатель нормы.

Выводы. Комплексная традиционная терапия больных с данной коморбидной патологией, улучшая морфологические и функциональные показатели микрогемодиализации, недостаточно эффективно и стремительно их восстанавливала. Применение комбинации препаратов гепатопротектора гепатрина и метаболического препарата цитофлавина у больных с ХПГБС на фоне пневмокониоза с ВСП достоверно способствовало наглядному улучшению показателей МЦР. Таким образом, считаем применение предложенной комбинации препаратов вполне оправданной и рациональной для коррекции состояния МЦР у больных ХПГБС на фоне пневмокониоза с ВСП.

ВОЗРАСТНЫЕ И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО СПЕКТРА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ИСХОДАХ ОСТРОГО ПЕРИОДА ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА

Мякотных В.С., Остапчук Е.С.,
Мещанинов В.Н., Боровкова Т.А.
Уральский государственный
медицинский университет,
г. Екатеринбург

Цель исследования. Определение содержания ряда гормонов у лиц разного пола и возраста в остром периоде инсульта при сопоставлении с тяжестью исхода данного острого периода.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 58 пациентов (29 мужчин и 29 женщин) в возрасте от 45 до 88 лет, госпитализированных в остром периоде ишемического (n=34) или геморрагического (n=24) церебрального инсульта в специализированный инсультный центр. В зависимости от возраста пациенты были подразделены на 2 группы – от 45 до 59 лет (n=38) и 60 и более лет (n=20). В период от 1-го до 17-го дня госпитализации определялось содержание в сыворотке крови альдостерона, кортизола, эстрадиола (17β-эстрадиола), лютеинизирующего гормона (ЛГ), пролактина, тиреотропного гормона (ТТГ), тестостерона, свободного тестостерона по стандартизированным методам с помощью наборов реагентов. По окончании острого периода инсульта (21-22 сутки) определялась выраженность постинсультного функционального дефицита по модифицированной шкале Рэнкина с перепроверкой полученных результатов по шкале NIHSS и индексу Бартела.

Результаты и обсуждение. Среди мужчин сравниваемых возрастных категорий не обнаружено значимой зависимости показателей ЛГ, пролактина, ТТГ по отношению к выраженности функционального дефекта. Но у мужчин 45-59 лет определяется достоверная зависимость уровней альдостерона, кортизола и эстрадиола от степени выраженности постинсультного функционального дефекта. При увеличении выраженности данного дефекта значения кортизола возрастают на 52,8% (p=0,014), эстрадиола – на 82,6% (p=0,022), а значения альдостерона падают на 54,0% (p=0,019). Среди мужчин в возрасте 60 лет и старше указанной зависимости не выявляется, зато происходит снижение показателей тестостерона и свободного тестостерона, соответственно на 62,3 и 57,4% (p=0,001), при увеличении степени выраженности функционального дефекта.

Среди женщин 45-59 лет достоверных изменений показателей гормонального спектра в зависимости о степени выраженности постинсультного функционального дефекта не происходит за исключением некоторого снижения уровня альдостерона при наиболее выраженных нарушениях функций. У женщин 60 лет и старше, имеющих выраженный постинсультный функциональный дефект, происходит значительное, на 63,2% (p=0,020), повышение уровня пролактина по отношению к женщинам с умеренно выраженным расстройством функций.

Вероятные причины и последствия изменений в выработке некоторых гормонов по отношению к тяжести постинсультного функционального дефекта рассматривается с точки зрения не только повреждения мозговых структур, но и особой стрессовой ситуации, сформировавшейся в результате инсульта.

Выводы. Отдельные виды гормонов принимают весомое участие в формировании постинсультного функционального дефекта той или иной степени тяжести, и этот эффект в целом можно охарактеризовать как стадию формирующейся адекватной гормональной адаптации или же, наоборот, дезадаптации организма в остром периоде тяжелой сосудистой катастрофы. Некоторые показатели гормонального спектра можно рассматривать в качестве прогностических критериев исхода острого периода инсульта, хотя при этом динамика содержания гормонов в сыворотке крови по отношению к степени выраженности функциональных расстройств у представителей разного пола и возраста различна. Выявленные особенности необходимо учитывать в плане персонализации терапевтических мероприятий у пациентов разного пола и возраста, включив исследование гормонального спектра в остром периоде инсульта в стандарты обследований.

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ И ТЕЧЕНИЯ УЗЛОВОЙ ЭРИТЕМЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНФЕКЦИОННОГО АГЕНТА

Набиева Д.А., Ганиева Н.А.,
Арипова Н.А., Рахимов С.С.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель. Изучение взаимосвязи клинических проявлений и течения узловой эритемы (УЭ) от инфекционного агента.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 18 пациентов (16 женщин и 2 мужчин), в возрасте 18 до 54 лет, с клиническими проявлениями УЭ. Упорное рецидивирующее течение заболевания, с обострениями в весенне-осенний период отмечено у 10 больных, которые имели II степень активности процесса и узлы величиной до грецкого ореха. У 8 пациентов симптомы заболевания возникли остро в виде болезненных сливных узлов на голенях ярко-красного цвета, сопровождались отеками голеней и стоп, сочетались с лихорадкой до 38-39С, слабостью, артралгиями. Активность процесса соответствовала II-III степени.

Результаты и обсуждение. У 72% пациентов с острым течением УЭ провоцирующим фактором была инфекция. У большинства (74%) выявлен возбудитель *Streptococcus pyogenes* на фоне обострения хронического тонзиллита, у 4% *Staphylococcus aureus* при исследовании мазка из зева. Вирусная природа определена у 23% больных (простой герпес, цитомегаловирус). У 17% пациентов при остром течении имелись фоновые заболевания (пищевая аллергия, хроническое обструктивное заболевание легких). На фоне назначенной гипоаллергенной диеты, антибактериальной и противовирусной терапии, нестероидных противовоспалительных препаратов, глюкокортикостероидов и антигистаминных средств узлы бесследно исчезли через 3-4 недели. Бактериальная природа УЭ определяла кратковременность эффекта противовоспалительной терапии, что провоцировало рецидивы заболевания.

Выводы и заключение. Характер течения УЭ зависит от инфекционного агента и наличия фоновой патологии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЕ АЛЕНДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПОРОЗА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Набиева Д.А., Сагатова Д.Р., Абдуазизова Н.Х.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Введение. У больных ревматоидным артритом (РА) в сравнении со здоровыми наблюдается более высокая частота развития остеопороза (ОП) с неблагоприятным влиянием на течение заболевания. Представлен опыт применения алендроновой кислоты (алендра 70 мг) 70 мг/нед в лечении ОП при РА.

Цель. Эффективность применения алендроновой кислоты в лечении остеопороза при ревматоидном артрите.

Материал и методы. В исследование включены 12 женщин в возрасте 39-62 лет. Диагноз РА подтвержден на основании новых (2010) классификационных критериев РА. Длительность заболевания от 7 до 35 лет. Все пациенты получали терапию глюкокортикоидами в дозе 5-10 мг/сут в перерасчете на преднизолон. В качестве базисной терапии 9 пациентам был назначен метотрексат в дозе 12,5-15 мг/нед, двум – арава 20 мг/сут, одной комбинированная терапия метотрексатом 12,5 мг/нед+арава 20 мг/сут. Минеральную плотность костной ткани (МПКТ) определяли методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии в поясничном отделе позвоночника и шейке бедренной кости. В соответствии с критериями ВОЗ у 9 пациенток диагностирован ОП (МПКТ поясничных позвонков – исходно Т-критерий ниже -2,5), у трех – остеопения. Всем назначались препараты кальция и витамина D3 (1000 мг кальция и 800 МЕ витамина D ежедневно), алендроновой кислоты 70 мг/нед. Ежегодно на протяжении 5 лет проводился контроль МПКТ.

Результаты и обсуждение. У всех пациентов диагностирован прирост МПКТ. У 3 пациенток с ранее диагностированным ОП на фоне лечения Т-критерий стал -1,5, у всех остальных МПКТ поясничных позвонков нормализовалась.

Выводы. Полученные результаты подтверждают эффективность терапии ОП алендроновой кислоты 70 мг/нед пациентов с РА.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛАБОРАТОРНУЮ ДИАГНОСТИКУ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Набиева Д.А., Ташпулатова М.М.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Введение. Представляя одно из ревматологических заболеваний, протекающего с суставным синдромом, ревматоидный артрит (РА) характеризуется поражением функционально важных суставов, что приводит к инвалидизации больных, особенно среди лиц молодого и среднего возрастов, которые обуславливают социальное значение и актуальность проблемы. Благодаря более ранней и более точной диагностике РА пациентам может быть предоставлен более ранний доступ к терапии, модифицирующей заболевание, для сохранения функций суставов и минимизации экономических и личных затрат РА. Новые маркеры необходимы для ранней диагностики РА, так как серонегативность как при ранних, так и при установленных РА остается основным ограничением как антител антициклическим цитруллинированным пептидом (АЦЦП), так и ревматоидного фактора (РФ). Белок 14-3-3 может представлять собой новый биомаркер для обнаружения РА.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ результатов 14-3-3η белка и АЦЦП в крови у больных РА, СКВ и ОА.

Материал и методы. В исследование включено 50 больных (48 женщин и 2 мужчин) в возрасте от 19 до 68 лет (средний возраст составил 53,9±1,5 лет) с достоверным диагнозом РА, с продолжительностью заболевания от 1 до 6 месяцев. Из них 19 больных были с ранним РА и 31 с установленным РА. Верификация диагноза РА осуществлялась в соответствии с диагностическими критериями АРА (1987). Больные были преимущественно со II степенью активности заболевания. 45 пациентов были включены в контрольную группу (17 пациентов с СКВ, 28 пациентов с ОА). Все демографические, клинические данные и серологические данные (оценка активности заболевания в 28 суставах (DAS28) и СОЭ, СРБ, РФ и АЦЦП были зарегистрированы. У всех больных определены 14-3-3η белок и АЦЦП в сыворотке крови.

Результаты. Проведенное исследование показало что диагностический уровень РФ был выявлен у 65,6%, АЦЦП – у 89,3%, 14-3-3η – у 98,2% больных с ранним РА. У пациентов с установленным РА были получены следующие результаты: РФ у 78,4%, АЦЦП – у 96,7%, 14-3-3η – у 99,5%. Не было никаких существенных различий в уровнях

сыворотки 14-3-3η между ранними и установленными группами РА (2,85±1,68 против 2,84±1,89 нг/мл). Наблюдались значительная положительная корреляция между уровнями 14-3-3η белка в сыворотки и СОЭ, СРБ и DAS28 у пациентов с РА и особенно при раннем РА. Уровень 14-3-3η белка в сыворотки крови у пациентов с РА (среднее 2,75±1,85 нг/мл) были значительно выше по сравнению с пациентами СКВ и ОА в контрольных группах. [0,08±0,05 нг/мл]. РФ был выявлен у 58,5%, АЦЦП – у 5,1% больных с СКВ. У пациентов с ОА РФ был выявлен у 25,5%, АЦЦП – у 1,8%. 14-3-3η белок в крови не выявлен у пациентов в контрольной группе которая включала в себе больных СКВ и ОА.

Выводы. Исследование показало, что уровни белка были выше у людей с ранним и установленным РА по сравнению с пациентами СКВ и ОА в контрольных группах. Это означает, что биомаркер может помочь отличить пациентов с РА от людей с другими аутоиммунными заболеваниями. Таким образом, определение 14-3-3η белка имеет высокие уровни чувствительности и специфичности и имеет большое значение в качестве серологического маркера раннего РА.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНДЕКСА РЕЗИСТИВНОСТИ ДЛЯ ОЦЕНКИ УРОВНЯ ЭКСКРЕЦИИ АЛЬБУМИНА С МОЧОЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Нагибович О.А., Шпилова Д.А.
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Определить диагностическую значимость индекса резистивности (RI) для оценки уровня экскреции альбумина с мочой у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы. Обследовано 58 больных СД 2 типа с уровнем экскреции альбумина с мочой А1-А3, в возрасте от 53 до 65 лет. Пациенты были распределены на две группы: 1-ю группу составили 30 пациентов (20 мужчин и 10 женщин) в возрасте от 53 до 63 лет с продолжительностью СД от 5 до 15 лет, уровнем гликированного гемоглобина от 7,9 до 9,8%, креатинином сыворотки крови от 68 до 90 мкмоль/л, у которых определялся уровень альбумин-креатининового (А/Кр) соотношения от 0,7 до 2,8 мг/ммоль; 2-ю группу составили 28 больных (18 мужчин и 10 женщин) в возрасте от 56 до 65 лет с продолжительностью СД от 5 до 15 лет, уровнем гликированного гемоглобина от 8,1 до 9,6%, креа-

тинином сыворотки крови от 63 до 96 мкмоль/л, у которых определялся уровень А/Кр соотношения от 7,7 до 50,0 мг/ммоль. Всем пациентам было выполнено ультразвуковое доплерографическое исследование одной из сегментарных артерий правой почки на ультразвуковом аппарате SONOLINE OMNIA (SIEMENS, Германия) датчиком С 5-2 МГц. Определяли показатель внутрпочечного сосудисто-го сопротивления: RI. Статистическая обработка полученных результатов исследования проводилась с использованием программы Statistica 10, IBM SPSS Statistics 23, MedCalc (версия 18.11.3). Для определения диагностической значимости теста рассчитывали: диагностическую точку отсечения, чувствительность, специфичность, прогностическую ценность положительного результата (ПЦПР), прогностическую ценность отрицательного результата (ПЦОР), отношение правдоподобия положительного результата теста (ОППРТ), отношение правдоподобия отрицательного результата теста (ОПОРТ), эффективность (точность распознавания), значения площади под ROC-кривой.

Результаты и обсуждение. В ходе ROC-анализа на уровне правой сегментарной артерии было установлено пороговое значение для показателя RI=0,7, которое соответствовало наличию экскреции альбумина с мочой А2, А3.

При этом чувствительность данного диагностического теста составила 80,00%, ПЦПР=76,92%, ПЦОР=80,77%, ОППРТ=3,60, ОПОРТ=0,26 специфичность 77,78%, эффективность 78,85%. Площадь под ROC-кривой составила 0,788.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о возможности использования индекса резистивности для оценки уровня экскреции альбумина с мочой у больных сахарным диабетом 2 типа.

ОСТРОЕ ПОЧЕЧНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПРИ ПЛАНОВЫХ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ: ЧАСТОТА, ПРЕДИКТОРЫ, ПРОФИЛАКТИКА

Налесник Е.О., Репин А.Н.

Томский национальный исследовательский
медицинский центр Российской академии наук,
г. Томск

Цель исследования. Оценить частоту, выявить предикторы контраст-индуцированного острого почечного повреждения (КИ-ОПП) при плановых чрескожных коронарных вмешательствах (ЧКВ), а также изучить эффективность защиты почек статинами.

Материалы и методы. В ретроспективную часть исследования было включено 148 пациентов со стабильной ИБС, направленные на плановое ЧКВ. КИ-ОПП диагностировали и классифицировали по критериям RIFLE и AKIN. Риск развития КИ-ОПП оценивался по шкале R. Mehran. Профилактика КИ-ОПП осуществлялась согласно рекомендациям Европейского Кардиологического общества 2010г. В проспективную часть исследования включено 68 пациентов со стабильной ИБС, направленных на плановые ЧКВ. В первой группе (n=33) пациентам была назначена нагрузочная доза Аторвастатина (Ас) 80 мг за 12 часов и 40 мг за 3 часа до вмешательства с последующей поддерживающей дозой 20-40 мг Ас в сутки. Во второй группе (n=35) пациенты получили 40 мг и 20 мг Розувастатин (Рс) по той же схеме с последующей поддерживающей дозой 20 мг Рс в сутки. Почечные биомаркеры (креатинин (сКр) и цистатин С (ЦсС) в крови) оценивались исходно, через 12, 24 и 72 часа после процедуры. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программ SPSS 17, R и STATISTICA 10. Для выявления предикторов развития КИ-ОПП использовали метод логистической регрессии, а также ROC-анализ.

Результаты. КИ-ОПП было выявлено у 23 пациентов (15,5%). Пациенты, у которых развилось КИ-ОПП, исходно значимо чаще страдали хронической болезнью почек (ХБП) (73,9% против 30,4%, $p<0,001$), имели более высокую скорость оседания эритроцитов (СОЭ) перед вмешательством ($18,1\pm 9,54$ против $12,6\pm 9,2$, $p=0,004$), получили существенно большую дозу контрастного средства, определяемую отношением объем контраста/скорость клубочковой фильтрации (ОК/СКФ) ($3,51\pm 1,32$ против $3,05\pm 1,48$, $p=0,043$). Установлена статистически значимая взаимосвязь развития КИ-ОПП с наличием у пациентов исходно ХБП (ОШ=9,2; ДИ [2,89-29,25]; $p<0,001$), хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) (ОШ=4,07; ДИ [1,23-13,5]; $p=0,015$), а также с местными процедурными осложнениями (ОШ=1,23; ДИ [1,13-1,33], $p=0,025$). По данным ROC-анализа наиболее значимыми предикторами развития КИ-ОПП оказались: исходная $CO_2\geq 11,5$ мм/ч (AUC=0,677; ДИ [0,539-0,815]; $p=0,025$), отношение ОК/СКФ $\geq 3,25$ (AUC=0,633; ДИ [0,505-0,762]; $p=0,042$). Уровень сКр у пациентов в группе Ас повысился на 43,4% больше, чем в группе Рс ($p=0,024$). СКФ (СКД-ЕРІ) снизилась на 15,5% больше в группе Ас по сравнению с группой Рс ($p=0,09$). Исходно уровень ЦсС в группах не различался (698,9 (560,2-869,6) нг/мл в группе Ас и 759,5 (673,8-899,9) нг/мл в группе Рс, $p=0,75$). Через 12 часов после ЧКВ уровень ЦсС достоверно увеличился по сравнению с исходным значением в группе Ас (718,3 (555,6-839,6) нг/мл), в группе Рс его уровень существенно не изменился (470,6 (378,2-689,4)

нг/мл). Кроме того, появились статистически значимые межгрупповые различия уровня ЦсС в крови в эти сроки ($p=0,007$), сохранявшиеся и через 24 часа после вмешательства (732,1 (632,3-887) нг/мл и 526,4 (357,4-802,7) нг/мл, соответственно, $p=0,02$). Со вторых суток после ЧКВ уровень ЦсС в крови между группами значимо не различался.

Выводы. предикторами КИ-ОПП, ассоциированными с клиническими характеристиками пациентов, являются ХБП и ХОБЛ, а также исходное повышение СОЭ. Предикторами КИ-ОПП, связанными с выполнением ЧКВ, являются отношение ОК/СКФ и местные процедурные осложнения. Нагрузочная доза розувастатина обладает лучшим ренопротективным эффектом по сравнению с нагрузочной дозой аторвастатина при плановых ЧКВ у пациентов, длительно получающих статины.

КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Нелидова Н.В.

Сургутский государственный университет,
г. Сургут

Цель исследования. Изучение особенностей гемодинамических изменений у больных генерализованным туберкулезом с ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. Нами проведен анализ данных исследования 30 больных генерализованным туберкулезом с ВИЧ-инфекцией.

Результаты и обсуждения. В группе преобладали мужчины – 21 человек (70%), средний возраст пациентов составил $31,2 \pm 7,02$ лет. Чаще всего встречался диссеминированный туберкулез – у 93,3% пациентов (28 человек). Туберкулез легких чаще всего осложнялся развитием туберкулеза мочеполовой системы – у 12 больных (40%), по 9 пациентов имели туберкулезный менингит и туберкулезный спондилит (30%), у 8 больных (26,7%) выявлен туберкулез кишечника, у 5 больных (16,7%) – экссудативный плеврит туберкулезной этиологии, у 1 больного (3,3%) – туберкулезный перикардит. У 6 пациентов (20%) диагностировано поражение трех и более систем. У 19 человек (63,3%) выявлен вирусный гепатит С, у 3 человек (10%) вирусный гепатит С и В, у 21 пациента (70%) наркотическая и алкогольная зависимости. Среди жалоб наиболее значимыми являлись одышка, общая слабость, потливость, лихорадка. Микобактерии туберкулеза в мокроте обнаружены у 14 больных

(46,6%). Распад ткани легкого у 46,7% больных (14 человек). У большей части больных туберкулез появился на фоне ВИЧ-инфекции в продленной стадии со снижением абсолютного уровня CD4-лимфоцитов, у 66,7% больных – ниже $0,2 \cdot 10^9$ л.

При спирометрическом обследовании больных туберкулезом умеренное снижение ФВД – у 10 человек (33,3%), значительное снижение – у 8 больных (26,7%), резкое снижение – у 6 пациентов (20%). Изменение ФВД преимущественно по рестриктивному типу отмечали у 5 больных (16,7%), преимущественно по обструктивному типу – у 3 человек (10%), у остальных – по смешанному типу. Электрокардиографически преобладали диффузные изменения миокарда, хроническое легочное сердце (ХЛС) установили у 4 пациентов (13,3%). Показатели системного артериального давления в среднем имели тенденцию к склонности к гипотонии (среднее систолическое АД – $108,3 \pm 3,0$ мм рт.ст., диастолическое АД – $61,5 \pm 2,2$ мм рт.ст.). Системное систолическое АД у бактериовыделителей с более выраженной интоксикацией составило $106,3 \pm 3,0$ мм рт.ст., у больных не выделявших микобактерии туберкулеза в мокроте – $118,4 \pm 2,5$ мм рт.ст., ($P < 0,05$), диастолическое – $64,7 \pm 1,3$ мм рт.ст. и $76,9 \pm 1,9$ мм рт.ст. ($P < 0,05$). Таким образом, чем больше выражены явления туберкулезной интоксикации и соответственно выше показатели СОЭ, тем ниже системное АД у больных туберкулезом легких. По данным эхокардиографии функция левого желудочка у исследуемых больных была существенно нарушена, о чем свидетельствовало повышение объемов и снижение фракции выброса. Утолщение передней стенки правого желудочка установили у 5 больных (16,7%).

Заключение. Таким образом, сердечно-сосудистые нарушения у больных генерализованным туберкулезом проявляются снижением функции левого желудочка, нарушением показателей центральной гемодинамики в виде повышения ЧСС и гипотонии.

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ ИНФЕКЦИЕЙ

Нелидова Н.В.

Сургутский государственный университет,
г. Сургут

Цель исследования. Изучение клинико-рентгенологических проявлений туберкулеза у ВИЧ-позитивных больных.

Материалы и методы. Проведен анализ 84 историй болезни пациентов, пролеченных в казен-

ном учреждении Ханты-Мансийского Автономного округа – Югры «Сургутский клинический противотуберкулезный диспансер» за 2016-2018 годы.

Результаты и обсуждения. Большую часть больных, пролеченных за 2016-2018 годы, составляют больные с диссеминированным туберкулезом – 46 больных (54,9%) и инфильтративным туберкулезом – 32 пациента (38,1%). Отмечается тенденция к увеличению числа больных с генерализацией туберкулезного процесса на поздних стадиях развития ВИЧ-инфекции. Преобладали лица мужского пола в наиболее трудоспособном возрасте (21-40 лет). Две трети пролеченных больных туберкулезом были выявлены впервые. Следует отметить рост числа контингентов с прогрессированием туберкулезного процесса с 22,8% в 2016 году до 29,4% в 2018 году, что может быть связано наличием сопутствующих иммуносупрессивных заболеваний, а также с низкой приверженностью к приему противотуберкулезной и антиретровирусной терапии. Изучение социального состава пациентов показало, что основная часть больных туберкулезом за исследуемый период были не заняты трудовой деятельностью (62 больных, 73,8%). Удельный вес других социальных групп среди пролеченных больных туберкулезом оказался ниже. Работающих было 11,9% (10 человек), студентов и инвалидов по 1,2% (1 больной), пенсионеров 11,9% (10 человек). Среди пролеченных больных за 2016-2018 годы бактериоскопическим и бактериологическим методами исследования были выявлены микобактерии в мокроте у 35 из 84 больных туберкулезом (41,7%), у 14 больных (16,7%) обнаружена множественная лекарственная устойчивость (40% из числа бактериовыделителей). Удельный вес бактериовыделителей в 2016 году составил 59% (13 больных), в 2017 году – 35,7% (10 больных), в 2018 году – 35,3% (12 больных). Отмечается тенденция к снижению процента лиц с деструктивными изменениями в ткани легких: полости распада обнаружены в 2016 году у 59% (13 больных), в 2017 году – 42,9% (12 больных), в 2018 году – 32,4% (11 больных). Все пролеченные пациенты за отчетный период помимо туберкулеза имели ВИЧ-инфекцию в стадии вторичных заболеваний (46,4в) (Российская клиническая классификация 2006 года). У 78 пролеченных больных с изученным иммунным статусом (у остальных пациентов данных нет в связи с малыми сроками наблюдения) уровень CD4+ оказался ниже $0,4 \cdot 10^9$ в мл., что свидетельствует о выраженной иммуносупрессии. Менее половины больных (36 человек, 42,6%) регулярно принимали антиретровирусную терапию на догоспитальном этапе, остальные не получали лечение ВИЧ-инфекции по причине низкой приверженности или отказа от посещения Центра Анти- СПИД.

Заключение. Течение туберкулеза у ВИЧ-инфицированных больных характеризуется туберкулиновой анергией, склонностью к генерализации и

прогрессированию процесса, прогрессивным ухудшением заболевания по мере угнетения иммунитета.

СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Нелидова Н.В.¹, Тимофеева Э.А.², Алибутаева А.Р.²

¹Сургутский государственный университет,

²Сургутский клинический
противотуберкулезный диспансер,
г. Сургут

Цель исследования. Изучение структуры сопутствующей патологии у больных туберкулезом.

Материалы и методы. Проведен анализ 60 медицинских карт стационарных больных, получавших лечение в КУ ХМАО-Югры «Сургутский противотуберкулезный диспансер».

Результаты и обсуждения. В исследование было включено 60 пациентов с сопутствующей патологией. Средний возраст составил $34,7 \pm 1,2$ года. Преобладали мужчины – 48 человек (81,4%). Впервые диагноз туберкулеза установлен у 28 человек (45%), рецидив туберкулеза у 12 человек (20%), у остальных наблюдалось прогрессирование туберкулезного процесса. При анализе распределения по клиническим формам туберкулеза легких установлено, что чаще всего встречался диссеминированный туберкулез – у 76,7% пациентов (46 человек). Микобактерии туберкулеза в мокроте обнаружены у 37 больных (61,7%). У 22 человек (36,7%) отмечен распад ткани легкого.

В структуре сопутствующей патологии наиболее значимую роль играли вирусные заболевания: ВИЧ-инфекция (у 49 человек, 81,7%), хронический вирусный гепатит С (у 41 человека, 68,3%). У большей части больных выявлены психические заболевания: 35 больных (58,3%) страдали алкогольной зависимостью, 31 пациент (51,7%) наркотической зависимостью, 2 больных (3,3%) шизофренией. В 40% случаев туберкулезу легких сопутствовала анемия (24 человека), причем у четверти больных отмечалась анемия средней степени тяжести и у 7 больных тяжелой степени. У 28,3% пациентов по данным объективного обследования и, проведенной фиброгастроуденоскопии, выявлены хронический гастрит и гастродуоденит, у 3 больных язвенная болезнь желудка и ДПК. У 19 больных (31,7%) выставлен хронический панкреатит. У 18 больных (30%) туберкулезу сопутствовал хронический бронхит, у 16 больных (26,7%) – хроническая обструктивная болезнь легких. Среди офтальмологической патологии преобладала миопия разной степени выраженности – у 24 больных

(40%), по 2 человека имели пресбиопию, катаракту и нарушение аккомодации (3,4%).

Заключение. У больных туберкулезом с сопутствующими заболеваниями преобладали распространенные процессы в ткани легких с бактериовыделением у половины и распадами у третьей части из них. В структуре сочетанной патологии преобладали ВИЧ-инфекцией и хроническим вирусным гепатитом С, наркотическая и алкогольная зависимости.

ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА, КОНСЕРВАТИВНОЕ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕДКИХ ПРИЧИН ФОРМИРОВАНИЯ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Никитина В.В.¹, Гусева В.Р.²

¹Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет
имени академика И.П. Павлова,

²Санкт-Петербургский медико-социальный институт,
Санкт-Петербург

Сосудистые заболевания головного мозга – актуальная медицинская и социальная проблема. Ишемический инсульт (ИИ) является причиной смертности и инвалидизации населения в развитых странах. Две трети ИИ в популяции развиваются вследствие атеросклеротического поражения сосудов головного мозга (ГМ). Более четверти перенесших ИИ лиц умирают в течение 1-го месяца, 40% – в течение 1-го года, около половины пациентов становятся инвалидами, у трети – развивается деменция. В РФ проблема профилактики ИИ, их лечения и особенно реабилитации пациентов, которая обычно целиком ложится на плечи родственников, стоит особенно остро.

Цель исследования. Улучшить диагностику и терапию пациентов с редкими причинами формирования ИИ. В нашей стране также актуальна проблема «омоложения» инсульта. Заболеваемость инсультом в России составляет более 400 человек на 100 тыс населения (для сравнения, в Европе этот показатель равен 50 на 100 тыс населения), а смертность в России – около 1200 на 100 тыс.

Материалы и методы. Выполнение анализа основных причин формирования ИИ у пациентов. Поражения брахиоцефальных артерий (БЦА), приводящих к ишемии ГМ, являются атеросклероз (до 90%), патологическая извитость ветвей дуги аорты (от 10 до 43%), неспецифический аортоартериит (до 2,27%), фиброзно-мышечная дисплазия (ФМД), экстравазальная компрессия артерий, постлучевые сте-

нозы сонных артерий, травматическое повреждение, спонтанное расслоение БЦА.

Результаты исследования. У 50-63% больных с ФМД внутренней сонной артерии (ВСА) развивается очаговая неврологическая симптоматика. Клинические проявления заболеваний зависят от характера генетической мутации. Среди них есть как давно описанные и широко известные состояния – такие, как синдромы Марфана и Эллерса-Данло, так и заболевания, описанные сравнительно недавно и, в силу этого, известные в меньшей степени. «Золотым стандартом» диагностики поражений сосудов у пациентов с ФМД является церебральная ангиография. Факторы ИИ, имеющие гендерную предрасположенность у лиц молодого и среднего возраста распределяются следующим образом. Во-первых, женщины чаще страдают ревматологическими заболеваниями, у них чаще развиваются ИИ, эмболического подтипа. Во-вторых, у мужчин формируются ИИ вследствие окклюзии БЦА из-за травмы структур шеи. Клиническая симптоматика у пациентов с ИИ протекает при наличии ясного сознания и развивается на фоне умеренного неврологического дефицита. При выявлении у больного ФМД ВСА необходимо проводить обследование на наличие и степень выраженности общевоспалительного синдрома. С этой целью необходима консультация врача ревматолога. Всем больным с ФМД ВСА необходимо назначение терапии статинами и нестероидными противовоспалительными средствами.

Выводы. При наличии у больного с ФМД ВСА выраженного общевоспалительного синдрома, ему показана противовоспалительная гормональная пульс-терапия, возможно выполнение блокад лекарственных средствами шейных симпатических ганглиев.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЩЕГО СЫВОРОТОЧНОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА Е ПРИ РЕСПИРАТОРНОЙ АЛЛЕРГИИ

Новикова Т.П., Доценко Э.А.

Белорусский государственный
медицинский университет,
Минск, Республика Беларусь

Респираторные аллергозы (РА): аллергический ринит (АР) и аллергическая бронхиальная астма (АБА), являются классическим представителем IgE-опосредованных аллергических реакций. В диагностике таких состояний широко применяется определение общего (oIgE) и специфических сывороточных (sIgE).

Цель работы. Оценить диагностическую ценность определения оIgE у пациентов с АБА и АР. В исследовании приняло участие 158 пациентов: 68 из них имели диагноз АБА; 46 – АР, контрольную группу составили 39 практически здоровых лиц. Сенсибилизация пациентов с аллергией подтверждалась определением уровня сывороточных sIgE антител.

Пациенты с РА продемонстрировали как моносенсибилизацию к одной группе аллергенов, так и полисенсибилизацию к аллергенам двух и более групп. Уровень оIgE у пациентов с полисенсибилизацией был выше чем у пациентов с моносенсибилизацией. Максимальные значения оIgE были в группе пациентов с АБА. При расчете чувствительности и специфичности определения оIgE у пациентов с РА во всех группах пациентов была получена высокая специфичность метода (0,9). Чувствительность метода была ниже и имела существенное значение (0,87) только в группе пациентов с диагнозом АБА. С целью повышения чувствительности метода по полученным данным были построены ROC- кривые и рассчитаны пороги отсечения.

Таким образом, повышение оIgE может являться признаком атопии, при исключении иных причин повышения оIgE. Определение общего сывороточного иммуноглобулина Е может быть использовано для скрининга пациентов с неотягощенным аллергологическим анамнезом с целью исключения у них ИГ Е – опосредованных аллергических заболеваний. Повышение общего сывороточного иммуноглобулина Е выше 56,5 МЕ/мл может быть одним из критериев диагностики аллергического ринита и маркером наличия у такого пациента сенсибилизации к одной или нескольким разным группам аллергенов. Повышение общего сывороточного иммуноглобулина Е выше 71,5 МЕ/мл может быть одним из критериев диагностики аллергической бронхиальной астмы легкого течения и маркером наличия у такого пациента сенсибилизации к одной или нескольким разным группам аллергенов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА

Нурова Г.У., Икрамова Ф.С.

Бухарский государственный медицинский институт
имени Абу Али Ибн Сино,
г. Бухара, Республика Узбекистан

Одним из основных и часто встречающихся объективных симптомов хронического ринита яв-

ляется увеличение объема нижних носовых раковин (ННР). Для хирургического лечения сочетанной формы вазомоторного и гипертрофического ринита на сегодняшний день разработано и используется множество технологий.

Цель работы. Оценка эффективности радиоволновой хирургии вазомоторного ринита.

Материалы и методы исследования. Исследование выполнено на 24 пациентах (15 женщин и 9 мужчин) в возрасте от 21 до 52 лет, страдающих вазомоторным ринитом. Длительность заболевания составляла от 2 до 8 лет. Больные в зависимости от вида оперативного вмешательства разделены на две группы по 12 человек. Пациентам проводилась радиоволновая хирургия нижних носовых раковин под местной анестезией. Результаты оценивались через 2 недели и 6 месяцев после операции на основании анализа жалоб пациента до и после операции, инструментального осмотра, эндоскопии полости носа, исследования основных функций носа с изучением мукоцилиарного транспорта и проведения передней активной риноманометрии.

Результаты. Анализ полученных результатов исследования показал, исчезновение жалоб пациента, заметное уменьшение объема ННР при объективном осмотре, восстановление слизистой оболочки, улучшение носового дыхания. Это подтверждалось изучением показателей сахариного теста, суммарного объемного потока и суммарного сопротивления в точке фиксированного давления 150 Па на 14-е сутки и через 6 месяцев после операции.

Выводы. Таким образом, радиоволновая хирургия является эффективным и менее травматичным методом при лечении ВР, прост и безопасен, поэтому с успехом может использоваться в амбулаторных условиях.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Нурова Г.У., Нурова Г.У.

Бухарский государственный медицинский институт
имени Абу Али Ибн Сино,
г. Бухара, Республика Узбекистан

Как известно, вазомоторный ринит (ВР) представляет актуальную и до конца не изученную проблему в ринологии. Это связано с тем, что ВР

является полиэтиологичным заболеванием. Он развивается при патологии сердечнососудистой системы, может быть лекарственным и т.д., в том числе при эндокринной патологии – при дисфункции щитовидной железы.

Цель работы. Выявить особенности течения вазомоторного ринита у больных с нарушениями функции щитовидной железы.

Материалы и методы исследования. Всем пациентам проведено исследование основных функций носа: дыхательной, обонятельной, транспортной активности мерцательного эпителия (ТАМЭ), рН носового секрета, а также определение тонууса вегетативной нервной системы методом фото-эритемной реакции кожи (ФЭРК) на ультра-фиолетовое облучение. Функции щитовидной железы оценивались эндокринологом с учетом клинических проявлений и данных специального лабораторного обследования. Частота сочетания ВР с дисфункцией щитовидной железы составила 83%. Наиболее часто (в 70% случаев) ВР диагностирован у больных, страдающих гипотиреозом различной степени тяжести. Обследовано 125 больных вазомоторным ринитом – из них у 73 ВР сочетался с гипотиреозом (I группа), у 31 с тиреотоксикозом (II группа), а у 21 не отмечалось нарушения функции щитовидной железы. Выявлено некоторое отличие в клиническом течении ВР на фоне гипотиреоза от ВР в сочетании с тиреотоксикозом.

Результаты. Выявлена прямая зависимость положительной динамики ВР от нормализации функции щитовидной железы. Наиболее быстрое улучшение в течении ВР наблюдали при коррекции гипотиреоза, которая также быстрее достигалась, чем при тиреотоксикозе, для лечения которого требовалось больше времени (1-3 месяца и 6-8 месяцев соответственно).

При повторном обследовании, которое проводилось через месяц после начала корригирующей тиреоидной терапии, наблюдалась почти полная реабилитация больных легкой формой гипотиреоза: исчезали клинические признаки ВР, практически восстановилось носовое дыхание и обоняние, однако почти у трети больных сохранялись легкие нарушения ТАМЭ и рН носового секрета.

У больных средней и тяжелой формой гипотиреоза также наблюдалась тенденция к нормализации всех исследуемых функций носа.

При восстановлении функции щитовидной железы уменьшались эндокринно-вегетативные нарушения, лабильность вегетативной нервной системы, хотя и медленнее, нежели функциональные.

Выводы. Таким образом, при диагностике ВР необходимо учитывать функциональное состояние щитовидной железы, при необходимости параллельно с лечением ВР проводить коррекцию гормональных нарушений.

ИССЛЕДОВАНИЯ ТРАНСПОРТНОЙ ФУНКЦИИ СЛИЗСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА ПРИ ВАЗОМОТОРНОМ РИНИТЕ

Нурова Г.У., Эркинов Н.Н.

Бухарский государственный медицинский институт
имени Абу Али Ибн Сино,
г. Бухара, Республика Узбекистан

Изучение времени транспорта в слизистой носовой полости относится к не инвазивным методам исследования и широко используется в клинической практике. Одной из его разновидностей является измерение времени, за которое частица проходит из передних отделов полости носа в носоглотку.

Цель работы. Определить транспортную функцию слизистой оболочки полости носа при вазомоторном рините.

Материалы и методы исследования. Время мукоцилиарного транспорта определялось у пациентов с вазомоторным ринитом с помощью сахаринового теста. После высмаркивание на передней конец нижней носовой раковины наносилось сахариновая пыль, затем определялось время появления сладкого привкуса. Во время исследования пациенту не рекомендовалось проводить форсированных резких вдохов и глотательных движений. Исследование мукоцилиарного транспорта проводилось до и после радиоволновой хирургии нижних носовых раковин.

Результаты исследования. Как показывают результаты наших исследований при вазомоторном рините до операционном периоде время транспортировки сахарина составляло в среднем 16 минут, а после хирургического вмешательства данный показатель приравнялся в среднем 10 минут.

Выводы. Таким образом, использование радиоволновой хирургии носовых раковин при вазомоторном рините способствуют улучшению транспортной функции слизистой оболочки, приводит к улучшению дыхательной функции, что является важным для улучшения качества жизни пациентов.

ОЦЕНКА КАШЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Овсянников Е.С., Дробышева Е.С.,
Шапавалова М.М., Перцев А.В., Феськова А.А.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), являясь высокораспространенным заболеванием, часто встречается и у больных хирургического профиля, в частности с грыжами передней брюшной стенки. Кашель – один из основных симптомов ХОБЛ – с одной стороны может рассматриваться в качестве провоцирующего и поддерживающего процесс грыжеобразования фактора, а с другой – как нередко наблюдаемое негативное явление в послеоперационном периоде.

Цель. Исследовать чувствительность кашлевых рецепторов, а также эффективность противокашлевой терапии у больных ХОБЛ и оперированными вентральными грыжами.

Материалы и методы. Обследованы 46 больных ХОБЛ I-II стадии и вентральными грыжами до и после операции грыжесечения. Субъективная оценка кашля проводилась с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) (от 0 до 10 см) за 4 дня до и на 3-й день после операции. Чувствительность кашлевых рецепторов исследовалась путем ингаляции растворов лимонной кислоты в возрастающих концентрациях (от 0,3125 г/л до 160 г/л). Порогом кашлевой чувствительности считали минимальную концентрацию раствора лимонной кислоты, вызывающую 5 и более кашлевых толчков.

Результаты и обсуждение. По результатам теста с лимонной кислотой больные были разделены на 2 группы. Первую составили 20 больных с низким порогом кашлевой чувствительности (менее 5 г/л), вторую – 26 больных с порогом чувствительности кашлевых рецепторов, превышающим 5 г/л. Больные указанных групп были рандомизированы в 4 подгруппы – 1А, 1Б, 2А, 2Б. Больным подгруппы 1А и 2А в отличие от 1Б и 2Б за 3 дня до операции и в течение 5 дней после назначался бутамирата дигидроцитрат по 4 мг

3 р/сут. При анализе субъективной оценки кашля до операции у больных подгруппы 1А значения ВАШ составили 6,2 (5,1; 8,0) см, 1Б – 6,3 (5,0; 8,2) см, 2А – 2,6 (0,9; 3,5) см, 2Б – 2,9 (0,5; 3,8) см. Через 3 дня после операции: 1А – 4,1 (3,8; 6,3) см, 1Б – 7,6 (5,9; 8,7) см, 2А – 2,5 (1,0; 3,4) см, 2Б – 3,0 (0,4; 3,9) см.

Выводы. У больных ХОБЛ с порогом чувствительности кашлевых рецепторов менее 5 г/л, выявляемым по результатам теста с лимонной кислотой, целесообразно в периоперационном периоде назначение короткого курса противокашлевых препаратов, что, возможно, будет способствовать улучшению качества послеоперационного периода в плане уменьшения болевого синдрома, скорости заживления послеоперационной раны, и, как следствие, уменьшению сроков госпитализации и частоты рецидивов.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА

Овсянников Е.С., Ушакова М.И., Сивкова А.В.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Особенностями условия труда железнодорожников является риск возникновения заболеваний сердечно-сосудистой системы. Дополнительный фактор, который может привести к усугублению данной патологии и вызвать профессионально-значимые нарушения – синдром обструктивного апноэ сна (СОАС).

СОАС – состояние, характеризующееся наличием храпа, периодическим спадением верхних дыхательных путей на уровне глотки и прекращением легочной вентиляции при сохраняющихся дыхательных усилиях, снижением уровня кислорода крови.

Цель. Исследовать состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем у работников железнодорожного транспорта, а также эффективность проводимой СРАР-терапии.

Материалы и методы. В исследование были включены работники железнодорожного транспорта, у которых по результатам холтеровского мониторирования были выявлены нарушения ритма и/или гипертоническая болезнь. Всего

госпитализированы и обследованы в стационаре 30 человек. Кроме кардиореспираторного мониторинга им так же были проведены б/х анализ крови, определены показатели липидного обмена, маркеры неспецифического воспаления, коагулограмма. Наличие СОАС определялось по индексу апноэ/гипопноэ, который характеризует количество эпизодов нарушения дыхания за 1 час ночного сна и в норме должен быть менее 5. Для диагностики и оценки тяжести синдрома обструктивного апноэ сна использовалась система для кардиореспираторного мониторинга, фирмы Breas SC20 (Швеция). В результате были получены следующие показатели: количество эпизодов десатурации, индекс апноэ, индекс апноэ/гипопноэ, суммарная продолжительность апноэ и гипопноэ, исходный, минимальный и средний уровень SaO₂.

Результаты и обсуждение. Соответственно все обследуемые были разделены на 2 группы – без СОАС и с СОАС, Группа которая имела СОАС была разделена на две подгруппы – пациенты с СОАС легкой и умеренной степени тяжести и пациенты с СОАС тяжелой степени тяжести, у которых ИАГ составил более 30. Пациенты с СОАС имели достоверно более выраженные признаки гипоксии во время сна, что проявлялось более высокой продолжительностью апноэ, более низким уровнем сатурации и достоверным увеличением эпизодов десатурации среди ночи. В группе пациентов без респираторных нарушений частота встречаемости ГБ составила 16,7%, в то время как в группе с наличием СОАС частота встречаемости ГБ была в 4 раза выше. Среди пациентов с СОАС тяжелой степени тяжести высокий и очень высокий риск ССО встречался достоверно чаще. Также пациенты в группе с СОАС тяжелой степени тяжести имели более выраженные признаки ремоделирования сердечно-сосудистой системы, в частности толщина МЖП в этой группе в среднем составила 11,8 +/- 1,6 мм, что достоверно больше чем у пациентов без респираторных нарушений.

Выводы. Среди обследованных работников железнодорожного транспорта с нарушением ритма и проводимости по данным проф. осмотров выявлено 56,7% лиц с явлениями СОАС, при этом 30% пациентов имели нарушение дыхания тяжелой степени выраженности. Наличие СОАС является дополнительным фактором риска развития патологии сердечно-сосудистой системы. Кроме того возможно предположить снижение операторской надежности у лиц с тяжелой степенью СОАС, что требует дальнейшего изучения.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЛЕГОЧНЫХ ТЕСТОВ ЧЕРЕЗ ГОД И ЧЕРЕЗ 5 ЛЕТ У ПАЦИЕНТОВ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ С РАЗНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ

Овсянникова О.Б., Конева О.А., Гарзанова Л.А.,
Ананьева Л.П., Десинова О.В.,
Шаяхметова Р.У., Старовойтова М.Н.
Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель. Произвести оценку показателей ФЛТ у пациентов ССД с разной рентгенологической динамикой ИПЛ по данным КТВР.

Материалы и методы. В исследование было включено 77 пациентов с достоверным диагнозом ССД и ИПЛ (средний возраст на момент включения составил 46,2±13,4; давность заболевания от первого не-Рейно синдрома – 7,4±6,6, 69% с лимитированной формой; женщины составили 93%). Длительность наблюдения составила 58,9±11,4 месяцев. С помощью компьютерной томографии высокого разрешения (КТВР) органов грудной клетки пациенты были разделены на 3 группы: 1 группа (16 пациентов) с положительной динамикой; 2 группа (39 пациентов) без динамики и 3 группа (22 пациента) с отрицательной динамикой по КТВР. Были проведены ФЛТ (определение Форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) и диффузионной способности легких (ДСЛ).

Результаты. В ходе работы была оценена динамика показателей ФЛТ в трех точках исследования. Во всей когорте больных средние значения ФЖЕЛ в первой, второй и третьей точках составили: 88,4±17,7, 88,5±17,2 и 92,5±21,5 соответственно, они выросли за период наблюдения и стали достоверно выше через 5 лет, чем в первой (p=0,008) и второй (p=0,004) точках исследования. Средние значения ДСЛ составили (60,3±17; 55±15 и 55,9±17,3) соответственно. Они достоверно снизились через год (p=0,000002) и через 5 лет (p=0,000016).

Средние значения ФЖЕЛ достоверно выросли за 5 лет в 1-й (94%, 99%, 103%) и 2-й (88%; 87%; 93%) группах (p=0,03 и p=0,02 соответственно) и только в 3-й группе имели тенденцию к снижению (86%; 84%; 82%) (p=0,08). Значения ДСЛ достоверно снижались за 5 лет во 2-й (63%; 57%; 59%) (p=0,001) и 3-й (53%; 47,5%; 47%) (p=0,002) группах, только в 1-й группе достоверной разницы показателей найдено не было (64%; 62%; 60%) (p>0,05).

Заключение. Таким образом, динамика ИПЛ по данным КТВР сопровождается однонаправленными изменениями ФЖЕЛ, в то время как значения ДСЛ не отражают динамику ИПЛ.

АССОЦИАЦИЯ ЗНАЧЕНИЙ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЛЕГОЧНЫХ ТЕСТОВ С РАЗНЫМИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ЗА 5 ЛЕТНИЙ ПЕРИОД НАБЛЮДЕНИЯ

Овсянникова О.Б., Конева О.А., Гарзанова Л.А.,
Шаяхметова Р.У., Ананьева Л.П.,
Десинова О.В., Старовойтова М.Н.
Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель. Произвести оценку показателей ФЛТ у пациентов с наличием и отсутствием того или иного рентгенологического признака ИПЛ по данным КТВР на момент окончания исследования представлена.

Материалы и методы. В исследование было включено 77 пациентов с достоверным диагнозом ССД и ИПЛ (средний возраст на момент включения составил $46,2 \pm 13,4$; давность заболевания от первого не-Рейно синдрома – $7,4 \pm 6,6$, 69% с лимитированной формой; женщины составили 93%). Длительность наблюдения составила $58,9 \pm 11,4$ месяцев. Диагноз ИПЛ устанавливался рентгенологами по данным КТВР легких. Оценивались следующие его параметры: утолщение плевры, «матовое стекло», фиброза (ретикулярные изменения, утолщение межальвеолярных перегородок, появление булл), грубой деструкции легочной ткани («сотовое легкое»). Был проведен ФЛТ (определение Форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) и диффузионной способности легких (ДСЛ)).

Результаты. Сопоставление средних значений ФЖЕЛ и ДСЛ с рентгенологическими признаками ИПЛ по данным КТВР легких у пациентов:

1. С и без утолщения плевры ($n=17$) и ($n=58$) $77,3 \pm 19$ и $97,5 \pm 20$ ($p=0,0005$) соответственно, ($n=17$) и ($n=58$) 46 ± 15 и $59,1 \pm 13$ ($p=0,0009$) соответственно.

2. С и без признака «матовое стекло» ($n=11$) и ($n=64$) $77,1 \pm 20$ и $94,6 \pm 21,1$ ($p=0,012$) соответственно, ($n=11$) и ($n=64$) $49 \pm 17,6$ и $57 \pm 13,5$ ($p>0,05$) соответственно.

3. С и без новых бронхоэктазов и увеличением их размеров ($n=22$) и ($n=51$) $81 \pm 20,6$ и 98 ± 20 ($p=0,002$) соответственно, ($n=22$) и ($n=51$) $46,6 \pm 14,5$ и $59,9 \pm 12,5$ ($p=0,00018$) соответственно.

4. С и без нарастания ретикулярных изменений ($n=23$) и ($n=54$) $89,9 \pm 22,8$ и $101,2 \pm 15,3$ ($p=0,044$) соответственно, ($n=23$) и ($n=54$) $53,5 \pm 14$ и $63,7 \pm 12$ ($p=0,007$) соответственно.

5. С и без нарастания смешанных изменений ($n=27$) и ($n=50$) $85,7 \pm 27,5$ и $97 \pm 16,3$ ($p=0,03$) соответственно, ($n=27$) и ($n=50$) $46,5 \pm 15,3$ и $61,7 \pm 10,5$ ($p=0,000003$) соответственно.

Практически все рентгенологические признаки ассоциировались с достоверно низкими показателями ФЛТ по сравнению с отсутствием того или иного рентгенологического признака. При детальном рассмотрении самые низкие значения ФЖЕЛ были зафиксированы у пациентов с такими рентгенологическими признаками, как утолщение плевры и «матовое стекло». Только у данных пациентов значения ФЖЕЛ составляли менее 80% от должных. Наличие практически всех рентгенологических признаков, кроме «матового стекла», ассоциировались с достоверно низкими значениями ДСЛ по сравнению с отсутствием данных признаков у пациентов ($p<0,05$). Самые высокие показатели ФЛТ были выявлены у пациентов с преимущественно ретикулярными изменениями.

Заключение. Таким образом, рентгенологические признаки ИПЛ тесно связаны с показателями ФЛТ. А также можно отметить, что самые низкие значения ФЖЕЛ были зафиксированы при таких рентгенологических признаках как «матовое стекло» и утолщение плевры, что может быть косвенным признаком плохого прогноза.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИЕ ГРИБОВИДНОГО МИКОЗА

Олисова О.Ю.¹, Демкин В.В.², Амшинская Дж.Р.¹
¹Первый Московский государственный медицинский
университет имени И.М. Сеченова,
²Центр клеточных и генных технологий,
Москва

Актуальность. Грибовидный микоз (ГМ) – первичная эпидермотропная Т-клеточная лимфома кожи, характеризующаяся пролиферацией малых и средних Т-лимфоцитов с церебриформными ядрами. Согласно международным статистическим данным за последнее десятилетие наблюдается рост заболеваемости ГМ. Существуют несколько основных методов лечения ГМ, однако данные методы имеют ряд

противопоказаний и плохо переносятся некоторыми больными. В последнее десятилетие клинический успех был зарегистрирован с использованием фотодинамической терапии (ФДТ).

Преимущества ФДТ включают в себя хорошие косметические результаты, не инвазивный характер, селективность, низкий риск токсичности, и незначительную светочувствительность, а также низкий канцерогенный потенциал. Эти преимущества делают ФДТ ценным методом лечения. Однако протоколы лечения ГМ при помощи ФДТ все еще не разработаны, что требует дальнейшего изучения.

Цель исследования. Изучить эффективность ФДТ у больных с ГМ.

Материалы и методы. Пациентка С., 82-х лет, считает себя больной с 2009 года, когда впервые на коже плеча отметила появление болезненных высыпаний, кожные элементы постепенно распространились по всей поверхности туловища. Субъективно больная отмечала сильный зуд. Пациентке был выставлен диагноз крупнобляшечный парапсориаз и было рекомендовано применение местных гормональных мазей. В дальнейшем процесс носил волнообразный характер. В июле 2018 года, в связи с очередным обострением и нестерпимым зудом, пациентке была выполнена биопсия кожи по результатам которой была заподозрена Т-клеточная лимфома кожи, ГМ, в связи с чем для верификации диагноза пациентке было проведено ПЦР исследование, в ходе которого была выявлена моноклональность по генам гамма цепи Т-клеточного рецептора. Пациентке был выставлен диагноз ГМ и рекомендован курс ПУВА-терапии. В сентябре 2018 года пациентке был проведен курс ПУВА-терапии №20 с временным положительным эффектом. В октябре 2019 года появились пятна и бляшка на фоне мучительно зуда, пациентка самостоятельно принимала системные ГКС – без видимого эффекта. В декабре 2019 года, в связи с обострением процесса, пациентке вновь был проведен курс ПУВА-терапии №17, однако высыпания в виде бляшки продолжили увеличиваться, в связи с чем было принято решение о проведении локальной фотодинамической терапии. Пациентке был проведен курс ФДТ, в ходе которого фотосенсибилизатор наносился место на бляшку под окклюзивную повязку, далее, было выполнено воздействие светом с длиной волны 630нм в течении 30 минут. Курс ФДТ составил 6 процедур с периодичностью один раз в неделю. На фоне проведенного лечения отмечается рассасывание инфильтрата, сглаживание бляшки, отсутствие новых высыпаний и купирована зуд.

Выводы. Представленное клиническое наблюдение показывает эффективность ФДТ у пациентов с бляшечной формой ГМ, что показывает необходимость дальнейшего изучения ФДТ как метода терапии ГМ.

ПИРОФОСФАТНАЯ АРТРОПАТИЯ: ОБЗОР ПРОБЛЕМЫ И КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Омельченко В.О., Летягина Е.А., Королев М.А.
Научно-исследовательский институт клинической
и экспериментальной лимфологии – филиал
Федерального исследовательского центра
Института цитологии и генетики
Сибирского отделения Российской академии наук,
г. Новосибирск

Актуальность темы. Микрокристаллические артропатии – заболевания, обусловленные развитием воспаления в местах отложения кристаллов, наиболее часто – уратов (подагра) и пирофосфата кальция (болезнь депонирования кристаллов пирофосфата кальция (БДПК)). Клиническая картина даже в рамках одной нозологии может существенно различаться, что обуславливает сложность диагностики.

Цель. Осветить возможные клинические проявления БДПК и представить клинический случай, иллюстрирующий сложность ее диагностики.

Материал и методы. Проанализированы отечественные и зарубежные литературные источники. Представлен собственный клинический опыт.

Результаты и обсуждение. Болезнь депонирования кристаллов пирофосфата кальция – собирательный термин, включающих в себя три основные клинические формы – острый артрит («псевдо-подагра»), хронический артрит («псевдо-ревматоидный артрит») и «псевдо-остеоартрит». С возрастом процент выявления БДПК увеличивается, достигая 17%. Поскольку БДПК может быть вторичной, необходимо исключить такие патологии, как гиперпаратиреоз, гемахроматоз, гипوماгнемия, наследственные заболевания, травма сустава и др. Часто БДПК впервые выявляется при рентгенографии суставов, где отмечается характерный признак в виде хондрокальциноза (кальциноз гиалинового хряща). Кроме рентгенографии существенную помощь в дифференциальном диагнозе оказывает ультразвуковое исследование суставов, которое выявляет наличие «второго контура» и гиперэхогенных включений. «Золотым» стандартом диагностики является обнаружение кристаллов пирофосфата кальция в синовиальной жидкости, либо биопсией ткани.

В качестве иллюстрации представлен клинический случай тяжелого поражения стоп у мужчины 59 лет с БДПК. Больной с 29 лет наблюдался с болями в грудном отделе позвоночника. В течение последующих лет присоединились боли в коленных, лучезапястных, тазобедренных суставах, временно купирующиеся приемом НПВС. Больной наблюдался с диагнозом недифференцированного артрита в со-

четании с подагрой, получал сульфасалазин, аллопуринол. Периодически отмечалось увеличение лабораторной активности заболевания (СОЭ 45 мм/ч, СРБ 83,41 мг/л). В 57 лет стала быстро прогрессировать деформация стоп, появились жалобы на онемение, судороги, зябкость в стопах. В это же время диагностирован сахарный диабет 2 типа, исключалась стопа Шарко. На момент поступления в отделение больной получал НПВС в режиме постоянного приема, аллопуринол 300 мг/сутки, самостоятельно назначенный дексаметазон до 1-2 раза в неделю в/м. При обследовании на основании выполненных исследований, включающих микроскопию синовиальной жидкости, рентгенографию суставов, МСКТ позвоночника, стоп, исследований фосфорно-кальциевого обмена, гормонального статуса, УЗИ суставов, верифицирована БДПК. Исключена диабетическая остеоартропатия. В динамике за время госпитализации увеличилась лабораторная активность заболевания (СОЭ 60 мм/ч, СРБ 140,67 мг/л), расцененная как перерыв во введении глюкокортикоидов. Для преодоления стероидной зависимости назначен преднизолон 20 мг в сутки, назначен колхицин 0,5 мг/сутки, НПВС, рекомендована ортопедическая коррекция.

Выводы. Болезнь депонирования кристаллов пирофосфата кальция при ее довольно большой распространенности во многих случаях остается невыявленной. Повышение осведомленности врачей о вариантах клинической картины БДПК позволит улучшить диагностику и скорректировать тактику ведения больных.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST, ЯВЛЯЮЩИХСЯ АКТИВНЫМИ ТАБАКОКУРИЛЬЩИКАМИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ЦЕНТРА РЕАБИЛИТАЦИИ

Орлов М.М.¹, Петелина Е.В.²

¹Астраханский государственный
медицинский университет,

²Центр реабилитации «Гинаки»,
г. Астрахань

Заболеваемость и смертность от инфаркта миокарда (ИМ) в последние годы имеет неуклонную

тенденцию к росту. Курение табака признано одним из главных факторов риска развития ишемической болезни сердца и ее грозного осложнения – инфаркта миокарда. Поэтому вопросы реабилитации больных ИМ, имеющих никотиновую зависимость приобретают особую актуальность.

Цель. Изучить влияние табакокурения на реабилитационный процесс больных инфарктом миокарда в условиях санаторно-курортного учреждения.

Материал и методы. В общей сложности в течение года нами было выбрано для наблюдения 46 больных, впервые перенесшие острый ИМ с подъемом сегмента ST. Все пациенты являлись мужчинами в возрасте 48-64 лет. Все пациенты были разделены на две группы: основная – 25 человек и группа сравнения – 21 человек. Пациенты основной группы являлись активными курильщиками со стажем курения $19,7 \pm 0,4$ пачек / лет, в то время как группу сравнения составили никогда не курившие больные ИМ. При поступлении в центр реабилитации и при выписке из него всем пациентам проводилась оценка клинического состояния, в том числе, с использованием стандартных методов функционального исследования: велоэргометрия (ВЭМ), электрокардиография (ЭКГ) эхокардиография (ЭхоКГ). Пациенты обеих групп получали комплексную программу реабилитации, с применением естественных и преформированных физических факторов, лечебной физической культуры и др. Немаловажным фактором явилась оптимизация фармакологического лечения данной категории пациентов.

Результаты и обсуждение. Так при подведении итогов реабилитации, анализируя ЭхоКГ в основной группе было выявлено снижение таких важных показателей как ударный объем ($68,51 \pm 2,29$ мл) против $78,72 \pm 3,09$ мл в группе сравнения, и фракция изгнания – $49,32 \pm 2,11\%$ против $54,72 \pm 0,89\%$ соответственно. Также, была выявлена очевидная разница между показателями, характеризующими толерантность больных к физической нагрузке. В основной группе средний результат ВЭМ-пробы составил $54,16 \pm 1,29$ Вт против $75,09 \pm 1,41$ Вт в группе сравнения. Было отмечено, что пациенты основной группы значительно уступали в темпе тренировочной ходьбы – $87 \pm 2,36$ шагов в минуту против $104 \pm 1,84$. Некурящие больные ИМ значительно лучше выполняли физические упражнения и у них возрасли показатели повседневной активности, уменьшилось количество приступов стенокардии что свидетельствует об увеличении коронарного резерва, улучшении адаптационных процессов.

Выводы. Проанализировав полученные результаты можно сделать заключение о значимом влиянии курения на ход и результаты реабилитационного процесса у больных, перенесших острый

инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST. Успешному освоению программы реабилитации будет способствовать отказ от потребления табака.

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ НА ТЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Осадчук М.А., Миронова Е.Д., Васильева И.Н.
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова,
Москва

Цель исследования. Определить факторы, влияющие на течение ЖКБ у лиц с метаболическими нарушениями.

Материалы и методы. В исследование было включено 103 пациента с ЖКБ (79 жен. и 24 муж.) в возрасте от 23 до 65 лет (средний возраст $52,4 \pm 11,4$ года). Среди 103 больных – 32 (31%) пациента имели в анамнезе хотя бы один приступ острого холецистита (ЖКБОХ) и у 71 (69%) пациента определялась ЖКБ с латентным течением (ЖКБЛТ). Все пациенты обследованы в соответствии с целью и задачами настоящей работы. Анализ были подвергнуты показатели: анамнестические (наличие ОсХ в анамнезе и артериальной гипертензии (АГ)), антропометрические (рост, вес, индекс массы тела (ИМТ), объем талии (ОТ), биохимические (общий холестерин (ОХ), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС-ЛПВП), триглицериды (ТГ), глюкоза) и инструментальные (УЗИ органов брюшной полости). Верификация МС осуществлялась на основании критериев JIS (2009 г.). Статистический анализ. Тест Колмогорова-Смирнова использовался для оценки нормальности распределения переменных. Для числовых переменных были рассчитаны: средний показатель и среднеквадратичное отклонение ($M \pm s.d$), 95% доверительный интервал (ДИ), а также, учитывая нормальность распределения выборки, был использован тест U-Манна-Уитни. Сравнение качественных данных двух групп проводилось с помощью таблиц сопряженности с определением точного критерия Фишера. Для проведения статистического анализа использовалась программа SPSS 22.0 (SPSS Inc, США), причем $p < 0,1$ считался статистически значимым.

Результаты. У пациентов, которые хотя бы раз испытывали приступ боли из-за камней в желчном пузыре, чаще встречаются отдельные метаболические нарушения и МС. Статистически значимое влияние на течение ЖКБОХ оказывали $ТГ > 1,7$ ммоль ($p < 0,05$), $ХС-ЛПВП < 1,03$ ммоль ($p < 0,1$), а так

же МС ($p < 0,05$). Оценка средних показателей количественных данных показала, что у лиц с ЖКБОХ более высокие показатели веса, уровни ТГ ($p = 0,001$), глюкозы и более низкие показатели ХС-ЛПВП ($p = 0,002$) по сравнению с пациентами с ЖКБЛТ.

Выводы. Результаты исследования показали, что МС, ТГ и ХС-ЛПВП связаны с ЖКБОХ. Эти данные свидетельствуют о том, что МС и его компоненты можно рассматривать как факторы риска развития ОсХ, которые могут привести к ХЭ. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы уточнить клиническую важность этой ассоциации.

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ КУРЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ОСТРЫХ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Остапчук Е.С.
Медицинский институт
Сургутского государственного университета,
г. Сургут

Цель исследования. С учетом высокой распространенности курения табака среди взрослого населения, целью исследования явилось изучение взаимосвязи курения и некоторых клинических проявлений острых сосудистых заболеваний головного мозга.

Материалы и методы. Обследовано 303 пациента с острым церебральным инсультом, 147 (48,5%) мужчин и 156 (51,5%) женщин, из которых каждый третий ($n = 111$; 36,6%) употребляет табак. Средний возраст курящих пациентов составил $50,1 \pm 11,6$ лет, некурящих $54,8 \pm 11,7$ лет ($p = 0,001$). Стаж курения на период обследования был выше у мужчин ($15,6 \pm 17,6$ лет), чем у женщин ($4,9 \pm 10,3$ лет); $p = 0,0001$. Мужчины курят в 2,5 раза чаще, чем женщины ($p < 0,0001$). Фактически употребляет табак каждый второй (53,1%) мужчина и только каждая пятая (21,2%) женщина.

Все пациенты обследованы и пролечены в условиях стационара. Всем проведены стандартные клинические лабораторные исследования, нейровизуализационные исследования (КТ, МРТ) головного мозга, определение наличия и выраженности когнитивных нарушений по шкале MoCa и аффективных расстройств по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS).

Результаты и обсуждения. Среди курящих пациентов ишемический инсульт выявлен в 31%, геморрагический – в 44,2% ($p = 0,037$), что позволяет считать курение существенным фактором ри-

ска внутривенного кровоизлияния. Более того, у курящих пациентов с геморрагическим инсультом выявлен больший объем внутривенной гематомы ($15,7 \pm 15,3 \text{ мм}^3$) по сравнению с некурящими пациентами ($9,9 \pm 8,9 \text{ мм}^3$). Вероятно, данное обстоятельство связано с более высокими цифрами АД у курящих пациентов по сравнению с некурящими, соответственно $140,7 \pm 19,5$ и $132, \pm 18,1 \text{ мм рт. ст.}$ ($p=0,044$).

Среди курящих пациентов с ишемическим инсультом значимый атеросклероз брахиоцефальных сосудов выявлен у каждого второго ($p=0,043$). Атеротромботический подтип ишемического инсульта среди курящих мужчин наблюдался в 100% случаев ($n=16$), среди некурящих только в 50% ($n=11$); $p=0,001$. Нейрохирургическому вмешательству по поводу инсульта подверглись 42,5% курящих пациентов и 27,9% некурящих ($p=0,012$). При этом курящими оказались в основном мужчины, у которых в 63,6% произведено клипирование аневризмы сосудов головного мозга. Аналогичный показатель среди курящих женщин – 14,3% ($p=0,017$). Эмболизация аневризмы сосудов головного мозга произведена у 87,5% курящих мужчин и у 40% курящих женщин ($p=0,038$), удаление внутримозговых гематом соответственно у 100% курящих мужчин и у 20% курящих женщин ($p=0,01$).

При исследовании когнитивной сферы по шкале MoCa после инсульта значимых различий между пациентами, употребляющими табак, и некурящими не выявлено, средний показатель среди курящих – $24,2 \pm 5,6$ баллов, среди некурящих – $24,1 \pm 6,1$ баллов, $p>0,05$. Отмечен несколько повышенный уровень тревоги у некурящих по сравнению с курящими лицами.

Выводы. Таким образом, курение, способствуя повышению показателей АД, увеличивает вероятность развития геморрагического инсульта при значительных объемах внутримозгового кровоизлияния или же возникновения атеротромботического подтипа ишемического инсульта.

ВОЗМОЖНЫЕ ИСТОЧНИКИ БОЛИ В ОБЛАСТИ ЖИВОТА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Пальгужева А.Ю., Литвяков А.М.
Витебский государственный
медицинский университет,
г. Витебск, Республика Беларусь

Цель исследования. Определение состояния артериального сосудистого русла при ревматоидном артрите (РА) с изучением возможных источников

боли в области живота во время проведения пальпации под контролем УЗИ.

Материалы и методы. Для достижения цели в исследование включено 75 пациентов с РА. Контрольная группа (КГ) – 28 здоровых лиц.

Средний возраст пациентов с РА составил $38,7 \pm 7,4$ лет. Обследовано мужчин – 5 (6,7%), женщин – 70 (93,3%). Продолжительность РА в среднем составила $8,3 \pm 5,4$ лет. Для уточнения источников болевых ощущений в области живота во время проведения ультразвукового исследования органов брюшной полости проводилась пальпация луковицы двенадцатиперстной кишки, желчного пузыря, абдоминального отдела аорты, поясничного отдела позвоночника. Оценку болевых ощущений проводили при помощи ВАШ.

Результаты. У 22 (29,3%) пациентов с РА в артериальных сосудах присутствовали очаги атероматоза. Достоверно ($\chi^2=8,75$, $p<0,05$) присутствие атеросклеротических бляшек, в сосудах обследованных лиц, было ассоциировано с заболеванием. В КГ очагов атероматоза в сосудах обнаружено не было. При РА имеет место поражение артериального русла атеросклеротическими бляшками, которые были обнаружены в различных сосудах (сонные артерии, абдоминальный отдел аорты и сосуды нижних конечностей). Имели место статистически достоверные ($p<0,001$) различия по продолжительности РА между подгруппой с атеросклеротическими бляшками и без них. Продолжительность заболевания в подгруппе с очагами атероматоза составила 12 лет (10-15), в подгруппе без атеросклеротических бляшек – 5 лет (3-8). Установлено, что для пациентов, в сосудах которых выявлены атеросклеротические бляшки, были характерны более высокие значения индекса Ричи. Системные проявления РА присутствовали у 12 (54,6%) человек с атеросклеротическими бляшками. В то же время среди пациентов с РА без очагового поражения сосудов экстраартикулярные проявления имели место только у 2 (3,8%) человек. Присутствие атеросклеротических бляшек в сосудах было статистически достоверно ассоциировано с наличием системных проявлений РА ($\chi^2=15,89$, $p<0,001$).

При проведении ультразвукового исследования органов брюшной полости проводилась пальпация под контролем УЗИ. При этом 36 (48%) обследованных указывали на наличие болевых ощущений. В 15 (20%) случаях боль выявлялась при пальпации поясничного отдела позвоночника, выраженность которой по шкале ВАШ составила 48 (36-59). В 21 (28%) случаях пациенты указывали на болезненные ощущения при пальпации брюшного отдела аорты, по ВАШ – 42 (31-65). При этом в данной группе пациентов выявлены признаки атеросклеротического поражения аорты: измене-

ние контура сосуда в виде извитости, неоднородная структура сосудистой стенки, неровности, неоднородности интимальной зоны. Атеросклеротические бляшки в брюшной аорте обнаружены в 21 (28%) случае. Единичные очаги атероматоза выявлены у 9 (12%) человек, множественные – у 12 (16%). Во всех случаях атеросклеротические бляшки были гемодинамически незначимы.

Выводы. 1. При РА атеросклеротические бляшки выявлялись в сосудах 22 (29,3%) человек, что достоверно чаще, чем в КГ. Атеросклеротические изменения выявлены в каротидных артериях, брюшном отделе аорты, подвздошных, бедренных артериях. 2. При проведении пальпации под контролем УЗИ в 36 (48%) случаях выявлена болевая реакция, по причине остеохондроза позвоночника 15 (20%) случаев, а так же атеросклероза абдоминального отдела аорты – 21 (28%).

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Панина А.А.^{1,2}, Белан Э.Б.^{1,2}, Рудобаба Е.Л.^{1,2},
Шушкова И.Г.^{1,2}, Павловская В.Н.^{1,2}

¹Волгоградский государственный
медицинский университет,

²Консультативно-диагностическая поликлиника №2,
г. Волгоград

Цель исследования. Определить частоту встречаемости хронических респираторных вирусных инфекций у больных аллергическим ринитом (АР) и эффективность лечения препаратом инозин пранобекс.

Материалы и методы. Обследовано 100 больных аллергическим ринитом (АР) в стадии ремиссии. Все лабораторные исследования проводились на автоматических анализаторах Advia, Immulait 2000хри, Beckman Coulter по стандартным методикам. Молекулярно-генетическое исследование мазков из зева проводилось методом ПЦР в режиме реального времени.

Результаты исследования. ПЦР-исследование мазков из больных АР выявило наличие вирусной инфекции Эпштейна-Барра в 35% случаев, ВПГ 1-2-го типа-в 10% случаев. Были обследованы две группы пациентов, страдающих только аллергическим ринитом (n=35) и сочетанием аллергического ринита и вируса Эпштейна-Барр (n=35). Основными лабораторными маркерами коморбидного состояния

(аллергический ринит и ринофарингит, ассоциированный с ВЭБ-инфекцией), оказались:

- лимфоцитоз крови – двукратное увеличение абсолютного количества лимфоцитов у больных с коморбидной патологией (9890,9+4732,11 кл/мкл), которое достоверно превышало этот уровень в группе больных с изолированным АР (4981,9+1470,5 кл/мкл, U-критерий – 4,3, P<0,05), причем повышение уровня лимфоцитов отмечалось в основном за счет преобладающего увеличения количества CD16+ и CD22+ – было отмечено увеличение количества CD22+-лимфоцитов в 1,7 раза по отношению к группе пациентов с изолированным аллергическим ринитом (1005,1±247,25 кл/мкл против 603,9±167,4 кл/мкл, U-критерий– 4,2, p<0,05);

- повышение уровня эозинофилов крови независимо от времени года-среднее значение эозинофилов крови коморбидных пациентов летом составляло 8,06±0,35%, зимой – 7,09±0,48%, в то время как в группе больных АР уровень эозинофилов летом возвращался к норме;

- повышение уровня общего IgE – в группе коморбидных больных наблюдался достоверно более высокий уровень-IgE-202,25+30,3 МЕ/мл (рис.22). В то же время во второй группе больных только с аллергическим ринитом этот показатель составил 150,3+42,3 МЕ/мл (U-критерий-0, p<0,05).

В группе больных с изолированным АР средний уровень эозинофильного катионного белка (ЕСР) превышал нормативные значения и составил 36,6+4,2 нг/мл (референсное значение – до 24 нг/мл), однако в группе больных с коморбидной патологией средний уровень ЭКП был еще выше и составил 45,5+5,4 нг / мл, разница в группах больных была достоверной (P<0,05). После курса лечения препаратом инозин пранобекс уровень лимфоцитов крови стал достоверно более низким по сравнению с исходным уровнем – 3563,4+732,11 кл/мкл и 7535+1732,11 кл/мкл соответственно (Т-критерий-5, p<0,05); наблюдалось достоверное снижение уровня эозинофилии (после курса лечения изопринозином средний уровень эозинофилов крови составил 5,48+0,44%, что достоверно меньше исходного показателя (P<0,05)) и снижение уровня ЕСР (после курса лечения 28,8+0,76 нг/мл против 45,5+5,4 нг/мл до лечения). Кроме того, снизилась интенсивность жалоб и выраженность аллергического ринита.

Выводы. Таким образом, выявлено, что наиболее часто встречающейся хронической респираторной инфекцией у пациентов с аллергическим ринитом является Эпштейн-Барр-инфекция. Назначение препарата инозин пранобекс позволяет воздействовать на основные маркеры патологического коморбидного процесса.

ФЕНОТИП ОЖИРЕНИЯ И АНДРОГЕННЫЙ СТАТУС У МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Панова Е.И., Каратаева О.В.
Приволжский исследовательский
медицинский университет,
г. Нижний Новгород

Цель и задачи. Оценить андрогенный статус у мужчин трудоспособного возраста в зависимости от фенотипа ожирения (ОЖ)-метаболически здорового (МЗФ) и метаболически нездорового (МНЗФ).

Материалы и методы. В исследование включен 71 пациент-мужчина в возрасте от 37 до 60 лет (средний возраст – 46,0±7,7 лет) с ожирением I-II степени тяжести с индексом массы тела (ИМТ) – 33,3±6,1 кг/м². Обследование, помимо общеклинического, включило исследование общего тестостерона в сыворотке крови, а также анкетное тестирование с использованием опросника Anging Males Symptoms (AMS). На основании оценки антропометрических параметров (роста, веса, окружности талии и бедер-ОТ и ОБ, коэффициента ОТ/ОБ) все пациенты были разделены на две группы-больные с метаболически здоровым (16 чел.), 1 группа и метаболически нездоровым (55 чел.) фенотипом ожирения, 2 группа. Статистическая обработка выполнена с помощью пакета программ «Statistica 6.0» с использованием непараметрических методов.

Результаты и выводы. Манифестный андрогенодефицит выявлен у 62,5% мужчин с МЗФ и у 72,7% – с МНЗФ, $p=0,4$. При обоих фенотипах ОЖ выявлен низкий уровень общего тестостерона – 12,3±0,7 нмоль/л в 1 группе и 10,5±0,3 – во 2-й, $p>0,05$. Полученные данные лабораторного исследования коррелировали с результатами опросника AMS, $p<0,001$. При сравнении двух групп по баллам опросника выявлено значимое повышение среднего балла у лиц с МНЗФ ОЖ-38,8±1,7 и 31,4±1,6 балл соответственно, $p=0,007$, что свидетельствует о большей распространенности симптомов андрогенодефицита в данной группе. При помощи ROC-анализа выявлено, что результаты анкетирования, превышающие 27 баллов, позволяют сделать заключение о наличии у обследуемого манифестного андрогенодефицита, при этом данные пациенты отличались более неблагоприятными антропометрическими параметрами, а также большей частотой кардиоваскулярной патологии в виде артериальной гипертензии

II-III ст., $p=0,01$, ишемической болезни сердца, $p=0,08$. В обеих группах пациентов преобладал соматический, то есть обусловленный наличием сопутствующей внутренней патологии, компонент андрогенодефицита, $p=0,04$. Установлена обратная связь общего тестостерона с неблагоприятными антропометрическими показателями-ИМТ, ОТ, ОБ, ОТ/ОБ, $p<0,05$.

Таким образом, выявлена крайне высокая распространенность дефицита тестостерона у мужчин трудоспособного возраста при наличии ОЖ, не зависимо от фенотипа последнего, с преобладанием соматического компонента, обусловленного сопутствующей кардиоваскулярной патологией. Использование опросника AMS (результат 27 баллов и выше) может быть рекомендовано на этапе первичного звена здравоохранения как информативного в аспекте оценки андрогенного статуса.

НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С ВИСЦЕРАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Панова Е.И., Цыпленкова Н.С.,
Жданкина Н.В., Морозова Е.П.
Приволжский исследовательский
медицинский университет,
г. Нижний Новгород

Цель исследования. Выявить особенности липидного спектра крови у молодых мужчин с абдоминальным ожирением.

Материалы и методы. Обследовано 98 молодых мужчин с висцеральным ожирением (средний индекс массы тела (ИМТ) составил 32,3±1,2 кг/м², коэффициент талия-бедро – (ОТ/ОБ) – 1,01±0,01) и 46 мужчин с избыточной массой тела (средний ИМТ 27,8±0,9 кг/м², коэффициент талия-бедро в среднем 0,96±0,01). Группу контроля составили 40 практически здоровых мужчин с нормальной массой тела (ИМТ – 23,1±0,8 кг/м², ОТ/ОБ – 0,93±0,01). Больные всех групп были сопоставимы по возрасту (средний возраст – 41,9±2,0, 43,4±1,2 и 44,1±0,8 года соответственно, $p=0,1$). Всем пациентам проводилось исследование липидного спектра крови. Липидограмма включала в себя исследование уровня общего холестерина (ХС), ХС липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛПВП), ХС липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП), триглицериды (ТГ) с расчетом коэффициента атерогенности (КА). Полученные данные представлялись в виде средней и стандарт-

ного отклонения ($M \pm \sigma$). Для суждения о статистической значимости различий между двумя группами применяли t-критерий Стьюдента или непараметрический критерий Манна-Уитни, при использовании качественных признаков – критерий χ^2 . Вероятность ошибки обозначали символом p . Критический уровень значимости (p) в исследовании принимался равным 0,05.

Результаты и обсуждение. Исследование показало особенности метаболизма у пациентов с ожирением и избыточной массой в виде атерогенной дислипидемии. Так, частота выявления повышенных показателей уровня ТГ у больных с ожирением регистрировалась существенно выше (0,0007), чем у сверстников с нормальной массой тела (64,3% против 30%). Подобные изменения выявлены и при расчете КА. Обнаружено, что КА был достоверно ($p=0,0005$) выше как среди больных с ожирением (75,5% обследованных имели повышенный КА), так и среди пациентов с избыточной массой тела (71,7%). В то же время частота снижения уровня ХС-ЛПВП была значимо выше ($p=0,01$) на фоне ожирения. Низкий уровень ХС-ЛПВП был выявлен у 35,7% больных с абдоминальным ожирением, у 23,9% обследованных с избыточной массой тела, а также у 5% мужчин группы контроля. Что касается средних значений основных показателей липидограммы, то уровень общего ХС и ХС-ЛПНП у больных с избыточной массой тела составил $6,33 \pm 1,82$ ммоль/л и $3,90 \pm 1,18$ ммоль/л соответственно, что статистически значимо ($p=0,015$ и $p=0,037$ соответственно) превышает уровни этих веществ в плазме здоровых (ХС – $5,54 \pm 1,16$ ммоль/л, ХС-ЛПНП – $3,42 \pm 0,85$ ммоль/л). Выраженной разницы по уровням общего ХС и ХС-ЛПНП между группами с ожирением и нормальной массой тела выявлено не было. Средний уровень ХС-ЛПВП у обследованных мужчин с ожирением был существенно ниже ($1,17 \pm 0,23$ ммоль/л против $1,39 \pm 0,29$ ммоль/л, $p=0,005$), а КА – значимо выше ($3,76 \pm 0,98$ и $2,95 \pm 1,06$ соответственно, $p=0,005$), чем у здоровых. Средний уровень ТГ у пациентов с абдоминальным ожирением ($2,13 \pm 1,13$ ммоль/л) был выше ($p=0,004$) данного показателя контрольной группы ($1,36 \pm 0,69$ ммоль/л). Полученные нами данные не противостоят результатам других исследований, свидетельствующих о том, что дислипидемия является одним из основных проявлений ожирения.

Выводы. Анализ особенностей липидного статуса молодых мужчин с абдоминальным ожирением подтвердил наличие атерогенной дислипидемии, которая у наших пациентов проявлялась преимущественно в виде снижения ХС-ЛПВП, повышения ТГ и КА.

КОСТНО-СКЕЛЕТНЫЕ ПРИЗНАКИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ НАРУШЕНИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У МУЖЧИН ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

Паторская О.А.

Белорусский государственный
медицинский университет,
Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Выявить наиболее распространенные костно-скелетные проявления наследственных нарушений соединительной ткани (ННСТ) у мужчин призывного возраста.

Материалы и методы. Проведено исследование 135 мужчин в возрасте 18-27 лет (средний возраст 20,5 года, 95% ДИ 20,5-21,3 лет). Диагностику ННСТ выполняли по результатам оценки фенотипа, а также инструментальных методов, выявляющих нарушение строения внутренних органов. ННСТ у пациентов диагностировали на этапе физикального обследования при комплексной оценке фенотипических маркеров. ННСТ диагностировали при наличии 5 и более фенов у одного пациента. Статистический анализ материала проводился с использованием пакета программы для обработки биомедицинских данных «AtteStat 13.1», «Statistica 10.0».

Результаты и обсуждение. Основную группу составили 117 мужчин с признаками ННСТ (86,9%); контрольная группа (18 человек) представлена практически здоровыми мужчинами с признаками дисморфогенеза менее 5. Посредством оценки совокупности врожденных морфогенетических признаков и результатов эхокардиографического исследования из пациентов основной группы сформированы 3 подгруппы по выявленным синдромам и фенотипам ННСТ: синдром ПМК (56,4%), марфаноидная внешность (36,7%), неклассифицируемый фенотип (6,9%).

При оценке врожденных морфогенетических признаков в основной группе изменения грудной клетки выявлены у 86,3% (асимметрия, экскавация грудины, уплощение естественных изгибов позвоночника), сколиоз грудного отдела позвоночника – у 74,4% (С- и S-образный), поперечное плоскостопие – у 82,9%. При анализе костно-скелетных изменений в подгруппах установлено преобладание несимметричной грудной клетки в подгруппе с синдромом ПМК (52,3%) по сравнению с пациентами с марфаноидной внешностью (20,9%) и неклассифицируемым фенотипом (9,3%, $p < 0,05$). Изменения шейного отдела позвоночника встречали только у пациентов с синдромом ПМК

(5,3%, $p < 0,05$). Экскавация грудины в подгруппе с синдромом ПМК (22,1%) встречалась достоверно чаще по сравнению с подгруппой пациентов с марфаноидной внешностью (2,3%) и неклассифицируемым фенотипом (2,3%, $p < 0,05$). Кифоз грудного отдела позвоночника чаще демонстрировали пациенты с марфаноидной внешностью (10,5%) по сравнению с пациентами с синдромом ПМК (3,5%, $p < 0,05$); лордоз поясничного отдела позвоночника – только пациенты с синдромом ПМК (2,3%). Сандалевидная щель на стопе чаще выявлялась у пациентов с неклассифицируемым фенотипом (38,4%) по сравнению с пациентами подгруппы с синдромом ПМК (10,5%) и марфаноидной внешностью (4,7%, $p < 0,05$). Арахнодактилию чаще наблюдали в подгруппе с марфаноидной внешностью (1,2%) по сравнению с пациентами подгруппы с синдромом ПМК (0,2%, $p < 0,05$), в подгруппе с неклассифицируемым фенотипом таких пациентов не обнаружено.

Выводы. Скелетные признаки у пациентов с ННСТ часто проявлялись несимметричностью грудной клетки за счет асимметрии ребер, S- и C-образным сколиозом грудного отдела позвоночника, продольным и поперечным плоскостопием, сандалевидной щелью между 1 и 2 пальцами стоп, уплощением естественных изгибов позвоночника. Пациенты с синдромом ПМК характеризуются наличием изменений шейного отдела позвоночника, экскавации грудины, лордоза поясничного отдела позвоночника; с марфаноидной внешностью – кифоза грудного отдела позвоночника и арахнодактилии; с неклассифицируемым фенотипом – сандалевидной щели на стопе.

ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА: ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ИНФЕКЦИЯМИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА

Пегашова М.А., Чижов П.А., Медведева Т.В.
Ярославский государственный
медицинский университет,
г. Ярославль

Актуальность. Изучение иммунологического статуса у больных с дисплазией соединительной ткани сердца (ДСТС) имеет важное практическое значение. Выявлена отчетливая связь между высокой заболеваемостью инфекциями и наличием ПМК, что позволяет предполагать нарушения иммунитета у лиц с ДСТС. Вместе с тем, в доступной

литературе исследованию иммунного статуса у лиц с наиболее часто встречающимся вариантом ДСТС пролапсом митрального клапана (ПМК) посвящены единичные работы.

Цель работы. Изучение заболеваемости инфекциями дыхательных путей и иммунологических особенностей у молодых людей с ПМК.

Материалы и методы. Обследовано 122 человека (87 девушек, 35 юношей) в возрасте $23 \pm 2,5$ года с ПМК. Контрольную группу составил 51 человек (30 девушек, 21 юноша) аналогичного возраста без ДСТС. У всех обследованных исследовали кровь на содержание Ig классов А, М, G. Для оценки клеточного звена иммунитета определялась фагоцитарная активность нейтрофилов периферической крови. Определялся уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) Для оценки заболеваемости бактериальными и вирусными инфекциями дыхательных путей использовалась анкета диагностики иммунологической недостаточности при иммунно-эпидемических исследованиях взрослого человека. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы Statistica 8.0 (StatSoft. Inc., USA).

Результаты. Исследование показало, что у молодых людей с ПМК достоверно выше заболеваемость ОРВИ, катаральной ангиной, бронхитом (89,3%, 55,7%, 15,6% против 9,8%, 21,6%, 0% соответственно).

Что касается параметров гуморального иммунитета, то у лиц с ПМК уровень IgM ($0,62 \pm 0,31$ г/л) был ниже нормы и достоверно ниже ($p < 0,05$), чем в контрольной группе ($0,87 \pm 0,59$ г/л). Уровень IgG в группе с ПМК был в пределах нормы, но достоверно выше, чем у лиц без ДСТС ($13,91 \pm 4,48$ г/л против $11,27 \pm 4,11$ г/л). Не было различий в концентрации IgA в группе с ПМК ($2,44 \pm 0,95$ г/л) по сравнению с лицами без ДСТС ($2,45 \pm 1,02$ г/л).

Уровень ЦИК в группе обследованных с ПМК составлял $50,86 \pm 28,1$ усл. ед. (при норме 18-45 усл. ед.), что достоверно выше, чем у лиц без ДСТС ($42,06 \pm 22,2$ усл. ед.).

Средние по группе показатели функциональной способности нейтрофилов, индекс активации (ИА) нейтрофилов у лиц без ДСТС и в группе с ПМК имели нормальные значения. Однако у достоверно большего числа обследуемых с ПМК Хл спонтанная и Хл индуцированная была выше, чем в контрольной группе. У достоверно большего числа пациентов с ПМК ($4,24 \pm 9,0$) ИА нейтрофилов был ниже, чем у лиц без ДСТС ($5,3 \pm 6,7$).

Выводы. 1. У лиц с ПМК выявлена более высокая заболеваемость бактериальными и вирусными инфекциями дыхательных путей, чем в контрольной группе. 2. В группе с ПМК уровень IgM

был достоверно ниже, а IgG достоверно выше, что свидетельствует о наличии у лиц с ПМК дефицита гуморального звена иммунитета, в первую очередь недостаточности антибактериального иммунитета.

3. Уровень ЦИК достоверно выше у лиц с ПМК.

4. У достоверно большего числа пациентов с ПМК, по сравнению с лицами без ДСТС, спонтанная и индуцированная Хл выше, а ИА нейтрофилов ниже, что позволяет говорить о нарушении фагоцитарной функции нейтрофилов, то есть о нарушении клеточного иммунитета у лиц с ДСТС.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ОЦЕНКОЙ ФАКТОРОВ РИСКА ЗА ПЕРИОД С ЯНВАРЯ 2018 Г. ПО ИЮНЬ 2019 Г. АНАЛИЗ НМИЦ ССХ ИМЕНИ А.Н. БАКУЛЕВА

Пелех Д.М., Никитина Т.Г.,
Голухова Е.З., Бокерия Л.А.

Национальный медицинский исследовательский
центр сердечно-сосудистой хирургии
имени А.Н. Бакулева,
Москва

Цель. Представить результаты хирургической деятельности НМИЦССХ им. А.Н. Бакулева по коррекции клапанных пороков сердца (КПС) у больных 65 лет и старше за период с 01.01.2018 по 01.06.2019, а также оценить клиническое состояние пожилых больных, поступивших для хирургического лечения КПС в условиях ИК с помощью Эдмондской шкалы физиологического резерва (EFI), анкеты качества жизни (КЖ) SF-36 и индекса коморбидности Чарльсона (CCI).

Материал. В НМИЦССХ им. А.Н. Бакулева было выполнено 609 операций в условиях ИК пациентам 65 лет и старше. Из них, коррекция КПС проведена 425 (69,7%) больным, средний возраст которых составил $69 \pm 1,4$ (65,1-74,3 лет). Средний Euroscore II у оперированных пациентов – $8,6 \pm 2,1$ (5,8-12,6). Коррекция одного клапана выполнена в 176 (41,2%) случаях: ПАК – 92 (21,6%); ПМК – 79 (18,5%); ПТК – 5 (1,2%); двухклапанная коррекция выполнена 156 (36,7%) пациентам: ПАК+ПМК/пл. МК – 84 (19,8%), ПМК+пл. ТК – 72 (16,9%); сочетанные операции проведены 91

(21,4%) больному и представлены: ПАК+АКШ – 47 (11,0%), ПАК+ПМК/пл.МК+АКШ – 28 (6,5%); ПМК/пл.МК+АКШ – 11 (2,6%), Бентал-де-Боно – 5 (1,2%).

Среднее время ИК составило 137 ± 15 сек. (58-200 мин.), время пережатия аорты – $30 \pm 6,8$ мин. (23-190 мин.).

Следует отметить, что при коррекции аортального порока в 42,6% случаях были имплантированы биологические протезы, а в 57,3% – механические.

Госпитальная летальность – 6,4%, в группе изолированного ПАК – 3,2%.

С учетом того, что за последние 3 года в РФ отмечается рост операций с ИК у пожилых, нами был оценен клинический статус пациентов, поступающих на хирургическое лечение с помощью опросников КЖ SF-36, шкалы «изношенности» EFI и индекса коморбидности CCI. С февраля 2019 г. проведено анкетирование 19 (4,5%) больных, среднего возраста – $69 \pm 2,9$ лет (65,3-74,10 лет). Средний Euroscore II – $10,2 \pm 1,8$ (8,7-11,3). 12 (63,1%) больных были отнесены к IV ФК по NYHA, 7 (36,8%) – к III. Коррекция одного клапана выполнена 5 пациентам: 3 – ПАК, 2 – ПМК. Двухклапанная коррекция проведена 11 больным: 6 – ПАК+пл.МК, 5 – ПМК/пл. МК +пл. ТК. Также 3 больным проведены сочетанные операции: 2 – ПАК+АКШ, 1 – ПАК+ПМК+АКШ.

Результаты. По опроснику SF-36 было отмечено низкое КЖ по категориям: физическое функционирование – $58,3 \pm 14,7$; физические боли – $50,4 \pm 22,0$; общее состояние здоровья – $53,7 \pm 6,3$. Средняя сумма баллов по EFI составила – $7,0 \pm 2,2$ (3-11), что свидетельствует об «изношенности» (≥ 7 – «болезненный», «изношенный») больных, поступивших для хирургического лечения КПС. Средний балл по CCI – 5,0 (0,12-9,2), то есть у пациентов имеется ≥ 2 сопутствующих заболеваний, прогнозируемая 10-ти летняя выживаемость п/о – 21,4%: АГ – 15 (78,9%), ХБП 2-3 ст. (СКФ ≤ 42 мл/мин) – 8 (42,1%), ХОБЛ (GOLD 2 с $MVV < 50\%$ от должного) – 6 (31,5%), СД 2 типа с гликированным гемоглобином $\geq 7,0\%$ – 6 (31,5%), перенесенный ТИА/ОНМК в анамнезе – 4 (21,0%), ИБС – 3 (15,7%).

После операции нелетальные осложнения были представлены: ОСН – 6, пневмонией – 3, ОНМК – 2. После операции умерло 2 из 19 пациентов – 10,5% от ОСН.

Вывод. За последние 1,5 лет в НМИЦССХ им. А.Н. Бакулева продолжается рост операций по коррекции КПС в условиях ИК у пациентов пожилого возраста с приемлемым уровнем летальности. С учетом этого, необходима тщательная оценка клинического статуса больных, поступающих для хи-

рургического лечения, используя распространенные в клинической практике опросники КЖ, степени физиологического резерва и коморбидности. «Изношенность» больных и высокая частота сопутствующей патологии, особенно ГБ, у больных поступающих на оперативное лечение КПС, сопряженная с высоким баллом по Euroscore II, что требует мультидисциплинарного подхода в принятии решения о возможных рисках операции в условиях ИК у пациентов 65 лет и старше.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ АНЕМИИ НА РАЗВИТИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Перцев А.В., Овсянников Е.С., Дробышева Е.С., Шаповалова М.М., Феськова А.А.

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

В настоящее время хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одним из распространенных и прогрессирующих заболеваний сердечно-сосудистой системы. Увеличение продолжительности жизни населения и возрастание доли лиц пожилого и старческого возраста в структуре населения способствует возрастанию у них количества патологических состояний. В основе анемии всегда лежит уменьшение в периферической крови концентрации переносчика кислорода – гемоглобина, что влечет за собой нарушение биохимических процессов, гипертрофию сердечной мышцы и постепенное нарастание стойких изменений миокарда.

Цель исследования. Определить влияние анемии на развитие тревожно-депрессивных расстройств у больных с ХСН различных возрастных групп, наблюдаемых в стационарных условиях.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 62 пациента с ХСН, в том числе 32 мужчины (52%) и 30 женщин (48%), в возрасте от 36 до 70 лет, средний возраст составил $62,3 \pm 5,8$ лет. Диагноз ХСН был установлен по клиническим данным и верифицирован. Всем больным проводилось лабораторное исследование в соответствии с алгоритмом лабораторной диагностики анемии (определение уровня гемоглобина, гематокрита, эритроцитарных индексов – среднее содержание гемоглобина, содержания железа, витамина В12,

фолиевой кислоты, трансферрина). Причиной ХСН у большинства больных была ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет. Было сформировано 2 группы: в группу 1 были выделены 34 (54,8%) пациентов (15 мужчины и 19 женщин) с хронической сердечной недостаточностью без анемии. В группу 2 были отобраны 28 (45,2%) больных (12 мужчин и 16 женщин) с хронической сердечной недостаточностью и анемией. Группы сопоставимы по полу, возрасту. Статистическая обработка полученных данных была проведена с помощью программы для ЭВМ Statgraphics plus 5.1.

Результаты. Анализ полученных при анкетировании данных выявил, что умеренный или высокий уровень личностной тревожности (ЛТ) имеется у большинства больных 44 – (71%), а ситуативной тревожности (СТ) – у 62 – 100% обследованных. Легкая депрессия была определена у 28 больных (45,1%), умеренная – у 16 пациентов (25,8%), а тяжелое депрессивное состояние – у 3 человек (5%). При проведении сравнительного анализа средних значений баллов, полученных при анкетировании больных, были выявлены достоверные различия в уровне ЛТ и депрессии у пациентов с ХСН и анемией и больных с ХСН без анемии. Высокий уровень ЛТ был определен у 18 больных ХСН с анемией и у 9 пациентов с ХСН без анемии. Высокий уровень СТ встречался в 1,6 раза чаще у больных группы 2, чем у больных группы 1.

Выводы. Полученные в ходе исследования результаты показали, что анемия довольно часто выявляется у больных ХСН. Анемия чаще встречается у пациентов более пожилого возраста. Распространенность тревоги и депрессии среди больных хронической сердечной недостаточностью крайне высокой, а наличие коморбидного заболевания, такого как анемия, только повышает уровень тревоги и ситуативной, и личностной.

ЛЕГОЧНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК КОМПОНЕНТ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Перцев А.В., Перцева М.В.

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

В глобальной стратегии лечения и профилактики хронической обструктивной болезнью легких

(ХОБЛ) большое внимание уделено программам легочной реабилитации, которые включают в себя физические тренировки, особенно мышц верхнего плечевого пояса и дыхательной мускулатуры, что доказано, приводит к уменьшению выраженности клинических проявлений заболевания, улучшению качества жизни.

Цель. Повышение клинической эффективности терапии больных хронической обструктивной болезнью легких за счет разработки и внедрения комплексной системы реабилитации пациентов, включающей обучение, использование общих физических тренировок и применение компьютерной системы тренировки дыхательной мускулатуры.

Материалы и методы. В исследование было включено 54 человека с диагнозом ХОБЛ средней степени тяжести (29 мужчин, 25 женщин; средний возраст – $52,47 \pm 0,43$ лет). Было сформировано 2 группы, сопоставимые по ряду социально-демографических показателей. 1-ая группа – 26 человек, которые на фоне стандартной медикаментозной терапии ХОБЛ прошли обучение и использовали общие физические тренировки; 2-ая группа – 28 человек, получали только стандартную медикаментозную терапию ХОБЛ. Всем пациентам раздавали образовательные информационные буклеты, посвященные основным вопросам ХОБЛ. Каждый пациент имел возможность лично и/или по телефону проконсультироваться с исследователем для получения необходимой информации, помощи касательно ХОБЛ и/или коррекции проводимых мероприятий. После обучения под контролем исследователя в течение 8 недель проводился курс физических тренировок с акцентом на дыхательные упражнения с методическими рекомендациями по их выполнению, затем пациентам рекомендовалось продолжить занятия дома.

Результаты. Через 12 месяцев у больных ХОБЛ, которые на фоне стандартной медикаментозной терапии заболевания прошли обучение и использовали общие физические тренировки, выявлена достоверная положительная динамика клинических и лабораторно-инструментальных показателей: снижение числа обострений и госпитализаций в 2,1 и 2,3 раз соответственно, достоверная положительная динамика степени выраженности клинических симптомов, а также степени влияния тяжести одышки на состояние здоровья в 1,9 раза, достоверное снижение степени выраженности системного воспаления (ФНО- α) на 2,32 пг/мл, достоверное повышение толерантности к физической нагрузке (ТШХ) на 62,43 м.

Выводы. Обучение совместно с курсом легочной реабилитации необходимо включать в схемы

ведения пациентов с ХОБЛ с высоким и средним уровнем комплаенса для оптимизации лечебно-профилактических мероприятий и улучшения качества жизни пациентов в общей врачебной практике.

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У «ХРУПКИХ» ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ

Петрова В.Б., Шумков В.А., Петрова А.И.
Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить взаимосвязи синдромом старческой астении (ССА) («хрупкость») с тревожно-депрессивными расстройствами у пожилых пациентов, перенесших острый коронарный синдром (ОКС).

Материалы и методы. В исследование включали пациентов с острым коронарным синдромом. Также критериями включения являлись: подписанное добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Всего в данном проспективном наблюдательном исследовании было включено 76 пациента, 44 мужчины и 32 женщины, госпитализированных по поводу ОКС. Средний возраст пациентов – 73,2 года. Было проведено анкетирование валидизированным опросником «Возраст не помеха», госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

Результаты. ССА был обнаружен у 32% ($p=0,01$) госпитализированных пожилых пациентов в большинстве у женщин (71%), чем мужчин (29%). Средняя общая оценка по опроснику «Возраст не помеха» у пожилых пациентов с ОКС составила 4,58. Результаты анкетирования HADS показали, что тревожные и депрессивные симптомы у «хрупких» пожилых пациентов имели место в 53,7% и 46,8% соответственно. Наблюдалась выраженная связь между появлением ССА и симптомами тревоги по HADS ($p<0,001$). В свою очередь, чем больше выражены депрессивные симптомы, тем реже встречался ССА ($p=0,007$).

Выводы. «Хрупкость» у госпитализированных пациентов пожилого возраста с ОКС ассоциируется с повышенной тревожностью и депрессивными симптомами. Кроме того, была продемонстрирована значимая взаимосвязь между высокими баллами по опроснику «Возраст не помеха» и наличием тревоги, но не депрессии.

ВИСФАТИН, НЕСФАТИН И ИХ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Полякова Ю.В., Квилидзе Т.З., Папичев Е.В.,
Сивордова Л.Е., Ахвердян Ю.Р., Заводовский Б.В.

Научно-исследовательский институт
клинической и экспериментальной ревматологии
имени А.Б. Зборовского,
г. Волгоград

Висфатин продуцируется преимущественно клетками мононуклеарной фагоцитарной системы и соединительной ткани, несфатин-1 – молекула, ассоциированная с меланокортиновой сигнальной системой. Несмотря на столь разное происхождение висфатин и несфатин-1 обладают схожими эффектами в отношении стимуляции воспалительных процессов. Висфатин стимулирует синтез матричных металлопротеиназ и хемокинов, поддерживающих синовиальное воспаление, обусловленное лейкоцитарной инфильтрацией. Несфатин-1 может способствовать высвобождению провоспалительных цитокинов и макрофагального воспалительного протеина-1а (MIP-1a).

Цель. Уточнение звеньев патогенеза РА путем определения уровня висфатина и несфатина-1 в сыворотке крови пациентов для повышения качества диагностики и лечения.

Материалы и методы. Обследовано 60 пациентов с РА и 30 практически здоровых лиц. Уровень адипокинов определялся непрямым твердофазным иммуноферментным методом с использованием коммерческих тест систем (RaiBiotech, cat №EIA-VIS-1, RaiBiotech, cat №EIA-NESF) согласно инструкции изготовителя. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы Statistica 10.0 с использованием параметрических и непараметрических методов. Уровень значимости при проверке статистических гипотез принимали равным 0,05. Пациенты с РА были сопоставимы по полу и возрасту с группой здоровых лиц ($p=0,768$; $p=0,973$).

Результаты. Высокий уровень Висфатина (более 39 нг/мл) был выявлен у 45 (75%), Несфатина (более 37,95 нг/мл) – у 36 (60%), что достоверно чаще, чем у здоровых лиц. Не обнаружено достоверной разницы уровней определяемых адипокинов в зависимости от пола и массы тела пациентов с РА, что говорит о значимой роли системного воспаления в повышении уровня данных цитокинов. Уровень висфатина и несфатина-1 при РА связан с высокой активностью по индексу DAS28 ($p<0,00003$ и $p<0,00003$ соответственно по СОЭ; $p<0,006$ и $p<0,00014$ по СРБ), позитивностью по уровню антител к циклическому ци-

трулинированному пептиду (АЦЦП), внесуставным проявлениям ревматоидного артрита. Наибольшая корреляция при внесуставных проявлениях имеется при кожном и церебральном васкулите.

Обсуждение. Положительная корреляция уровня висфатина и несфатина-1 с выраженностью воспаления при РА подтверждает вовлечение данных белков в патогенез заболевания. Большую роль биоактивные молекулы играют в процессах развития коморбидной патологии при ревматических заболеваниях и осложнениях течения основного заболевания (атеросклеротическая болезнь, метаболический синдром, сахарный диабет, ревматическая кахексия и другие). Недостаточно изучены психосоциальные аспекты ревматических заболеваний. Последние данные по изучению нейрогормонов открывают новые возможности влияния цитокинов на психосоматические проявления при воспалительных заболеваниях. Наибольшая связь с депрессивными расстройствами выявлена при изучении несфатина-1, одновременно уровень несфатина-1 влияет и на нарушение пищевого поведения.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что для пациентов, страдающих РА с высокими уровнями висфатина и несфатина-1 характерен клинический вариант РА с наличием высокой активности и позитивностью по РФ и АЦЦП. Повышенный уровень висфатина определяется более, чем у 75% пациентов, что говорит о его высокой провоспалительной активности и позволяет ставить в один ряд с молекулами, ингибирование которых может приводить к подавлению процессов активации «классических» воспалительных цитокинов, связь влияния несфатина-1 на воспаление и депрессивные состояния требует дальнейшего изучения.

АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПИЩЕВЫХ ДОБАВОК В ПРОЦЕССЕ ФИЗИЧЕСКОГО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Помогаева Н.С.¹, Каменский Д.А.²

¹Санкт-Петербургский институт
повышения квалификации работников
Федеральной службы исполнения наказаний,
²Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить использование пищевых добавок для набора мышечной массы – гейнеров для здоровья спортсменов.

Материалы и методы исследования. В анкетировании принимало участие 50 студентов 3 курса СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Среди них студенты, находящиеся в составе сборной по волейболу и баскетболу, а также посещающие спортклубы. Участвовали 25 девушек и 25 юношей.

Результаты и обсуждение. Для достижения оптимальной спортивной формы спортсменам необходима дополнительная энергия за счет увеличения содержания в рационе углеводов, 55-60% энергии должно поступать в организм с углеводами: ежедневная норма их употребления у спортсменов должна составлять 5 г/кг массы тела. Требуемое количество энергии зависит от возраста, пола, массы тела, а также от соотношения объема и интенсивности тренировок.

Для поддержания мышечной массы у спортсменов также необходим белок (протеин): потребление протеина с относительно невысокими потребностями в энергии норма должна составлять 0,8-1,0 г/кг. В видах спорта, где требуется повышенная выносливость, рекомендуемое соотношение – 1,2-1,6 г/кг, в силовых видах спорта оно может достигать 1,8 г/кг.

Гейнер – пищевая добавка в спортивном питании, которая содержит простые или сложные углеводы и белок (обычно сывороточный, но встречаются и комплексные смеси). Помимо двух основных компонентов гейнер может содержать витамины, креатин, минералы, L-карнитин и другие добавки. Гейнер ускоряет рост мышц и помогает их восстановлению после тренировок, именно потому отлично подходит для энергозатратной физической активности.

По проведенному анкетированию установлено, что среди 50 человек, занимающихся спортом, 40 из них употребляют спортивные пищевые добавки, а 10 – именно гейнер. Также было отмечено, что девушек, использующих добавки для набора мышечной массы, оказалось больше, в связи с активным использованием в своем рационе белковых батончиков, протеиновые гейнеры среди девушек не пользуются успехом, в отличие от юношей. Только 2 девушки употребляют гейнер до и после тренировки, оказалось, что они не только сами занимаются спортом, но и тренируют других в фитнес клубах.

Выводы. Применение спортивных пищевых добавок (гейнеров) во время и после тренировок позволяет поддерживать необходимый уровень углеводов в организме спортсмена, что обеспечивает максимальную эффективность тренировочного процесса.

ПРИМЕНЕНИЕ НИЦЕРГОЛИНА (СЕРМИОНА) В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СОСУДИСТЫХ ДЕМЕНЦИЙ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Пономарева Е.В.

Научный центр психического здоровья,
Москва

Основные направления патогенетической терапии деменции включают сочетание компенсаторной (холинергической и/или глутаматергической), нейропротективной, нейротрофической, а также vasoактивной медикаментозной терапии.

Цель. Провести анализ опыта клинического применения современной лекарственной терапии сосудистых деменций позднего возраста и изучить эффективность и безопасность применения Сермиона в составе комплексной патогенетической терапии деменции в амбулаторной геронтопсихиатрической практике.

Материал и методы. Невыборочным методом в исследование были включены 54 пациента (19 мужчин и 35 женщин; медиана возраста 72,3 года), амбулаторно наблюдавшихся в отделении болезни Альцгеймера и ассоциированных с ней расстройств ФГБНУ НЦПЗ с 2015 по 2019 гг. и получавших лечение Сермионом в составе комплексной терапии деменции (29 пациентов получали ингибиторы ацетилхолинэстеразы (АХЭ), 6 пациентов – мемантин и 19 пациентов принимали ингибиторы АХЭ и мемантин). В одной трети случаев диагностирована мягкая деменция (38.2%), чуть более половины больных (45.2%) обнаруживали признаки умеренно выраженной деменции, а в 9 наблюдениях (16.6%) имела место тяжелая деменция. Среди некогнитивных расстройств чаще всего отмечены депрессивные (38.9%), чуть реже личностные расстройства (22.1%) невротическая симптоматика (22.3%), поведенческие расстройства отмечались лишь у 16,7% больных. Для диагностики и оценки результатов лечения были использованы клинический метод и психометрические шкалы (мини-тест психического состояния, MMSE; тест рисования часов; шкала общего клинического впечатления, CGI). Сермион назначался перорально в дозе 30 мг в сутки в рамках курса противодементной терапии. Общая продолжительность лечения Сермионом составляла 3 месяца. В течение курса терапии состояние оценивалось дважды: на 0-й и 90-й дни терапии.

Результаты. По шкале общего клинического впечатления (CGI) у пациентов, прошедших курс лечения Сермионом, было выявлено умеренное и минимальное улучшение по сравнению с состоянием, предшествовавшим назначению Сермиона в 52,7%

случаев сосудистой деменции. Клинические показатели улучшения подтверждались данными психометрической оценки, в частности увеличением показателя MMSE в среднем на 1 балл в конце терапии. Важно отметить, что улучшение или стабилизация состояния при лечении Сермионом больных деменцией наблюдалось при разной степени ее тяжести. Среднее значение мини-теста к началу лечения Сермионом составляло 20.6 ± 3.6 , показатель CDT составлял в среднем 7.0 ± 1.3 , средний показатель по шкале Хачинского составил 7.8 ± 1.4 . Нежелательные эффекты препарата в период лечения наблюдались лишь у 4 пациентов (гипотония).

Выводы. Применение Сермиона в виде приема препарата внутрь эффективно и безопасно в составе комплексной терапии (ингибиторами АХЭ и мемантином) сосудистой деменции. Обосновано включение препарата в комплексную антидементную терапию при различной тяжести сосудистой деменции и при наличии различных некогнитивных расстройств.

ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Порошина Е.Г.¹, Вологодина И.В.²,
Жабина Р.М.², Крассильникова Л.А.²

¹Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,

²Российский научный центр радиологии и хирургических технологий имени академика А.М. Гранова, Санкт Петербург

Цель исследования. Оценка качества жизни пациенток с раком молочной железы в зависимости от наличия артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы. В исследование включены 67 женщин с HER2neu негативным раком молочной железы без сердечно-сосудистых заболеваний в прошлом. Средний возраст составил $49,3 \pm 4,1$ 95% ДИ 46,5 – 56,4 года. Все пациентки после радикальной мастэктомии и курса химиотерапии (доксорубин в кумулятивной дозе не более 360 мг/м^2) госпитализированы для проведения 3D конформной лучевой терапии на левую молочную железу СОД 48 ГР обычного фракционирования. Пациентки были разделены на две группы. В первую группу вошли 32 пациентки с коморбидной АГ I-II ст., (средний возраст $53,4 \pm 3,8$, 95%ДИ 49,3-56,8 лет), во вторую

– 35 пациенток без АГ (средний возраст $51,8 \pm 4,1$, 95%ДИ 47,4-54,5 лет). Обследование включало сбор анамнеза, осмотр, стандартную ЭКГ, ЭХОКГ, оценку уровня реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности по шкале Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина и оценку качества жизни с помощью опросника SF-36.

Анализ данных проведен с помощью пакета прикладных программ «Statistica 6.0». Рассчитаны: среднее значение и стандартное отклонение. Сравнение непрерывных переменных указанных групп выполнили с помощью U-критерия Манна-Уитни. Оценку риска возникновения ПФП произвели с помощью таблиц сопряженности, расчета отношения шансов (ОШ), представляемых с доверительными интервалами (ДИ). Уровень значимости всех статистических тестов был принят $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В группе больных с сочетанной АГ в 48% случаев по электрокардиографическим данным выявлена гипертрофия левого желудочка, которая подтверждалась результатами ЭХОКГ. У всех больных отсутствовало снижение фракции выброса менее 50%. У пациенток обеих групп выявлена диастолическая дисфункция I типа ($E/A < 1$): у больных первой группы в 59,4% случаев, у больных второй – 31,4% случаев ($OR = 1,889$, 95%ДИ 0,848-2,305, $p = 0,028$). Полученное различие связано с влиянием АГ на нарушение релаксации левого желудочка. У пациенток первой группы уровень РТ был достоверно выше и составил $43,8 \pm 2,6$ (95%ДИ 41,2-44,5) баллов и $37,4 \pm 3,9$ (95% ДИ 34,8-49,3) баллов второй группы. Уровень личностной тревожности был высокий у пациенток обеих групп, что можно объяснить преобладающим влиянием онкологического заболевания. Опросник SF-36 является широко распространенным общим опросником оценки качества жизни, который может использоваться как у онкологических, так и кардиологических больных. У пациенток обеих групп выявлено снижение показателей по опроснику SF-36 по всем шкалам. Наиболее значимые изменения получены по шкалам физического функционирования, ролевого физического функционирования, боли, жизнедееспособности и общего здоровья. Онкологические больные с сопутствующей артериальной гипертензией ниже оценили состояние своего здоровья, при этом они более склонны отмечать снижение повседневной ролевой деятельности в результате влияния эмоционального состояния.

Выводы. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что артериальная гипертензия оказывает значимое отрицательное влияние на уровень реактивной тревожности и показатели качества жизни больных раком молочной железы, что имеет большое значение в формировании пациент – ориентированного подхода к терапевтическому сопровождению специфического лечения у таких больных.

СКРЫТЫЙ АРИТМОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТОК ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Порошина Е.Г.¹, Вологодина И.В.²,
Красильникова Л.А.², Жабина Р.М.²

¹Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,

²Российский научный центр
радиологии и хирургических технологий
имени академика А.М. Гранова,
Санкт Петербург

Цель исследования. Оценка клинического статуса и выявление бессимптомных нарушений ритма и проводимости у пожилых женщин с раком молочной железы на этапе проведения лучевой терапии с целью предупреждения кардиоваскулярных осложнений.

Материал и методы. В исследование включено 68 женщин с HER2neu негативным раком левой молочной железы. Средний возраст 69,3±3,6 (95%ДИ 67,4-71,3) лет. Пациентки после радикальной мастэктомии и курса химиотерапии (доксорубин в кумулятивной дозе не более 360 мг/м²) госпитализированы для проведения 3D конформной лучевой терапии на левую молочную железу СОД 48 ГР нормального фракционирования. У всех обследованных пациенток в прошлом не было жалоб или признаков аритмии. Обследование включало сбор анамнеза, общий осмотр, стандартную ЭКГ, 24-часовое мониторирование ЭКГ и ультразвуковое исследование сердца. Обследование проводилось до и после окончания проведения лучевой терапии. Анализ данных проведен с помощью пакета прикладных программ «Statistica 6.0». Рассчитаны: среднее значение и стандартное отклонение. Количественные показатели в исследуемых группах сравнивали с использованием критериев Манна-Уитни, качественных параметров – с помощью непараметрических методов χ^2 -квадрат с поправкой Йетса на непрерывность, p точного двустороннего критерия Фишера. Критерием статистической достоверности получаемых выводов считали общепринятую в медицине величину $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. У всех обследованных пациенток выявлена полиморбидность. Наиболее часто встречающимися коморбидными заболеваниями были артериальная гипертензия (48,5%), стенокардия напряжения (35,3%), сахарный диабет (27,9%) пациенток. По результатам ХМ ЭКГ до начала лечения бессимптомные аритмии были выявлены у 30,9% больных. После окончания

лучевой терапии бессимптомные нарушения ритма встречались достоверно чаще и были выявлены у 57,4% больных ($\chi^2=8,69$, $p=0,002$). Предсердные аритмии, в том числе предсердная тахикардия и фибрилляция предсердий выявлена у 26,5% больных, атриовентрикулярные блокады 1-2 степени у 13,2% больных. Желудочковая экстрасистолия и короткие пароксизмы желудочковой тахикардии после окончания лучевой терапии встречались у 42,6% больных. Всем пациенткам с выявленными нарушениями ритма было назначено лечение и рекомендовано длительное наблюдение кардиолога на амбулаторном этапе после выписки. Нарушения ритма сердца являются, с одной стороны, одним из факторов риска внезапной смерти, с другой – непосредственной причиной развития и прогрессирования хронической сердечной недостаточности. Пациентки пожилого возраста с раком молочной железы составляют одну из клинических подгрупп, в которой наиболее часто встречаются кардиоваскулярные осложнения на этапе лучевой терапии. Значительное снижение уровня эстрогенов вследствие менопаузы приводит к развитию и прогрессированию многих патологических синдромов в том числе аритмий. В литературе нет данных о целесообразности обследования для выявления аритмии у больных раком молочной железы на этапе проведения лучевой терапии, не имевшим в анамнезе нарушений сердечного ритма. Результаты проведенного нами исследования показали целесообразность такого контроля.

Выводы. Полученные нами данные свидетельствуют о необходимости пациент-ориентированного подхода к диагностике и лечению аритмий у пожилых пациенток с раком молочной железы с целью предупреждения кардиоваскулярных осложнений и своевременности проводимой терапии.

СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ГЕМАТОЛОГА

Потапенко В.Г.^{1,2}, Баллюзек М.Ф.³

¹Санкт-Петербургская клиническая больница
Российской Академии наук,

²Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет
имени академика И.П. Павлова,

³Городская клиническая больница №31,
Санкт-Петербург

Актуальность. Диагностика синдрома хронической усталости (СХУ) в амбулаторной практике

осложнена неспецифичностью жалоб, отсутствием лабораторно-инструментальной объективизации, ограниченным временем приема. Использование критериев диагноза позволяет избежать необоснованных обследований и излишней терапии.

Цель. Характеристика группы пациентов с СХУ в амбулаторной практике врача-гематолога. Сравнение астении у пациентов с изолированной железодефицитной анемией (ЖДА) и сочетанием СХУ и ЖДА.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ консультативного приема врачу-гематологу КБ РАН в период 01.2016-12.2018. При постановке диагноза СХУ использованы критерии, предложенные центром по профилактике и контролю за заболеваниями США (Fukuda K и соавт., 1994).

Результаты. Всего на прием обратились 560 пациентов: 162 мужчин и 398 женщин, медиана возраста 52.5 (18-94) года. Из них немотивированная слабость наблюдалась у 27 человек (4.8%), 1 мужчина и 26 женщин, медиана возраста 41 (24-66) год. Диагноз СХУ критериально установлен 17 больным (63%), 10 пациентам (47%) с симптомами, частично удовлетворяющими критериям, диагностирован синдром идиопатической слабости (СИС). Половина пациентов отметили хронологическую связь жалоб с стрессорным фактором (разлад в семейных отношениях и др.). Основными жалобами (>30%) явились длительная астения, забывчивость и снижение способности концентрировать внимание, полиартралгия, неосвежающий сон. Наиболее частым поводом для консультации гематолога была астения на фоне субклинических, транзиторных изменений в анализе крови. У пяти пациенток с СХУ и двух с СИС ранее была диагностирована ЖДА (медиана гемоглобина 107 (84-117) г/л), при этом отмечалась выраженная астеническая симптоматика. В группе сравнения пациентов (n=64) с изолированной ЖДА у 38 человек (медиана гемоглобина 93.5 (55-119) г/л), астенические жалобы отсутствовали. У 26 человек (медиана гемоглобина 81.5 (59-117) г/л) жалобы на слабость были. Различия по уровню гемоглобина между тремя группами статистически значимы ($p < 0.05$, ANOVA). При сравнении степени ограничения повседневной активности обнаружено, что уровень гемоглобина не коррелирует со степенью слабости при СХУ и СИС. Выявлена прямая связь между астенией и перцептивным компонентом у пациентов с СХУ и СИС независимо от наличия анемии. При повторном опросе (n=23), при медиане наблюдения 28 (диапазон 6-40) месяцев четверо пациентов (17%) отметили спонтанное улучшение самочувствия. Жалобы остальных остались на прежнем уровне.

Выводы. Степень астении у больных с сочетанием СХУ и ЖДА в амбулаторной практике зависит в большей степени от эмоционального восприятия, а в меньшей от уровня гемоглобина. Слабость и множественные неспецифические жалобы, зависящие от перцепции, оказались основными клиническими проявлениями синдрома хронической усталости.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТИПА ЛИЧНОСТИ НА КЛИНИКУ И ГОРМОНАЛЬНЫЙ ФОН У ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ

Пошехонова Ю.В.

Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького, г. Донецк, Украина

Цель исследования. Исследовать психологические типы личности их влияние на особенности клинической картины и содержание в крови инсулина и кортизола у детей с функциональной диспепсией (ФД).

Материалы и методы. обследовано 134 ребенка с ФД в возрасте от 5 до 15 лет и 30 здоровых детей-сверстников, составивших контрольную группу. Диагностика ФД проводилась в соответствии с Римскими критериями III, адаптированными для детского возраста. Всем детям проведена оценка психологического типа личности путем опроса по шкалам Айзенка Х.Д. (интроверсия-экстраверсия, эмоциональная устойчивость) и Спилбергера Ч.Д. (степень тревожности), модифицированными для возраста от 5 до 10,5 лет и от 11 до 15 лет и включающими по 10 вопросов. Содержание кортизола и инсулина в сыворотке крови детей определялось методом твердофазного иммуноферментного анализа (соответственно, «СтероидИФА-кортизол» и «DRG Instruments GmbH»).

Результаты и обсуждение. Психологические особенности детей с ФД характеризовались низкой степенью эмоциональной устойчивости ($47,0 \pm 4,3\%$, $p \leq 0,01$), высокой степенью личностной тревожности ($43,3 \pm 4,3\%$, $p \leq 0,01$), а также интровертированным типом личности ($33,6 \pm 4,1\%$, $p \leq 0,01$). Наиболее выраженные отклонения по шкале «интроверсия-экстраверсия» были выявлены у больных язвенно-подобным вариантом, у которых промежуточный тип (уравновешенный) тип встречался в 2 раза реже, чем при других клинических вариантах ФД ($37,5 \pm 9,9\%$, $p \leq 0,05$). Частота низкой эмоциональной устойчиво-

сти при всех клинических вариантах ФД, хотя и значительно превышала показатели контрольной группы, достоверно не отличалась. Высокую степень тревожности чаще имели дети с неспецифическим вариантом ФД ($56,5 \pm 7,3\%$, $p \leq 0,05$).

Гормональный фон детей с ФД характеризовался гиперинсулинемией ($16,4 \pm 1,6$ мМЕ/л, контрольная группа – $7,8 \pm 1,7$ мМЕ/л, $p \leq 0,02$), в то время как содержание кортизола в сыворотке крови было в пределах нижней границы нормы ($368,1 \pm 35,2$ нмоль/л, контрольная группа – $420,5 \pm 40,5$ нмоль/л, $p \leq 0,4$). Особенности психологического типа личности не влияли на выраженность гиперинсулинемии, но содержание кортизола в крови отличалось в зависимости от степени эмоциональной устойчивости. У неуравновешенных больных с низкой степенью эмоциональной устойчивости уровни кортизола были в пределах верхней границы нормы ($466,8 \pm 47,8$ нмоль/л), в то время как у больных ФД с нормальной эмоциональной устойчивостью содержание кортизола в крови было снижено до ($271,3 \pm 21,6$ нмоль/л, $p \leq 0,02$).

Выводы. Таким образом, психологические особенности детей с ФД характеризуются интровертированным типом личности, низкой степенью эмоциональной устойчивости и высоким уровнем тревожности. Наиболее выраженные отклонения наблюдаются у больных язвенноподобным и неспецифическими вариантами заболевания. Вероятно, данные изменения вызывают нарушения нервной и гормональной регуляции секреции и моторики гастродуоденальной зоны, а также чувствительности рецепторов слизистой желудка, обуславливая развитие ФД в детском возрасте.

КОСТНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ

Пулатова Ш.Б., Алиева К.К.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Оценить изменения тел позвонков у больных аксиальными спондилоартритами (аксСпА) и возможные взаимосвязи изменений тел позвонков и индексов активности, функциональными, метрологическими, лабораторными показателями.

Материал и методы. Обследовано 44 пациента старше 18 лет с аксСпА, соответствовавших критериям ASAS для аксиального СпА (2009), госпитализированных в 1 клинику Ташкентской

медицинской академии в 2018-2019 гг. Для оценки компрессионных изменений позвоночника анализировали по оригинальной методике рентгенограммы шейного, грудного и поясничного отделов в боковой проекции. Данные были обработаны с получением интегрального числового индекса, минимальное значение которого равно 0 (отсутствие рентгенологических изменений), максимальное – 1 (тотальная компрессия всех позвонков). Активность оценивали с применением индексов BASDAI, ASDAS-CPB, функциональный статус – с помощью индекса BASFI, вычислялся метрологический индекс BASMI, оценены расстояние козелок–стена (среднее значение), ротация головы (среднее значение), боковое сгибание позвоночника (среднее значение), экскурсия грудной клетки, модифицированный тест Шобера ($n=25$). Для статистической обработки применялся пакет прикладных программ SPSS17.

Результаты и обсуждение. Возраст пациентов составил $40,59 \pm 13,2$ года ($M \pm s$), длительность заболевания в среднем была от 5 до 11 лет. Мужчин было 28 (63%). BASDAI – $4,98 \pm 2,34$, ASDAS – $3,33 \pm 1,16$, BASFI – $5,55 \pm 2,74$, BASMI – $3,32 \pm 1,35$ ($n=25$). Значение расстояния козелок–стена составило $23,25 [15,5; 45]$ см, ротация головы – $15 [10; 30]^\circ$, боковое сгибание позвоночника – $4,5 [0; 12]$ см, экскурсия грудной клетки – $3,75 [2; 10,5]$ см, модифицированный тест Шобера – $3 [0,5; 4]$ см. Сакроилиит I стадии выявили у 2 (4,5%) пациентов, II стадии – у 4 (9%), III стадии – у 18 (40%), IV стадии – у 6 (14%) больных. У 14 (32%) пациентов не было выявлено рентгенологически значимых изменений крестцово-подвздошных сочленений. Рентгенологические изменения позвонков выявили в шейном отделе у 15 (34%) пациентов, в грудном отделе – у 12 (27%), в поясничном – у 10 (23%). Медиана интегрального рентгенологического индекса для шейного отдела составила $0,7 [0; 0,2]$, для грудного отдела – $0,03 [0; 0,13]$, поясничного отдела – $0 [0; 0,07]$. У пациентов с наличием рентгенологически подтвержденных компрессионных изменений шейного отдела позвоночника в сравнении с пациентами без рентгенологических изменений выявлены достоверные различия индекса BASDAI ($4,9 \pm 2,3$ и $7,0 \pm 1,7$ соответственно, $p=0,04$). Установлена обратная взаимосвязь между индексом BASDAI и выраженностью компрессии шейного отдела ($R=-0,59$, $p=0,01$). При сравнении показателей пациентов с наличием изменений хотя бы в одном из отделов позвоночника с показателями пациентов без подтвержденных изменений выявлены различия в экскурсии грудной клетки: $2,15 [2; 4]$ и $10 [4; 19]$ см соответственно ($p=0,01$).

Выводы. Изменения тел позвонков при акс-СпА встречаются достаточно часто, причем они практически не взаимосвязаны с текущей активностью болезни. Поражение тел позвонков ассоциируется с уменьшением экскурсии грудной клетки.

РОЛЬ НООТРОПОВ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ БОЛЕЗНИ ОСЛЕЖНЫМ ДИСКРКУЛЯТНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Пулатова Ш.Х.

Бухарский государственный медицинский институт,
г. Бухара, Республика Узбекистан

Артериальная гипертония (АГ) может формировать не только локальные, но и диффузные или многоочаговые поражения вещества головного мозга с прогрессирующим нарушением его функции, в результате недостаточности церебрального кровообращения гипертензивную дисциркуляторную энцефалопатию. Связи чем, немало важно в данной период назначение ноотропов.

Цель. Изучение эффективности ноотропов при артериальной гипертонией с ослежненным дисциркулярной энцефалопатией.

Материал и методы. Обследованы 56 пациентов (21 муж. и 37 жен.), средний возраст $57,4 \pm 5,8$ лет с «осложненной дисциркуляторной энцефалопатией» АГ 1-2 степени которые получали лечения в Республиканском Научном Центре Экстренной медицинской помощи в Бухарском филиала. Исключались пациенты с тяжелой соматической и сердечно-сосудистой патологией, а также с грубой патологией сонных артерий. Проводилось: СМАД, ЭКГ, ЭХО-КГ, ДС сонных артерий, МРТ/КТ, комплекс нейропсихологических тестов. Всем больным к гипотензивном препаратов в комплексе назначался Цеброген (Remedy Group) дозировке 25мл на физиологическом растворе в/в капельно в течение пяти дней.

Результаты. Во время терапии нежелательных реакции не наблюдалось. Даже уже первых суток у 28 больных состояние значительно улучшилось, резко уменьшилось головная боль, тяжесть в голове, головокружение, а у 16 больных уже на 2-3 суток состояние значимо улучшилось, а у остальных требовалось уже дополнительные лечебные процедуры, наверно это было связанной с комплексной патологией.

Заключение. АГ чаще и раньше других страдает головной мозг. в нашей практике зачастую наблюдается при АГ с протекающим неврологи-

ческими расстройствами (дисциркуляторной энцефалопатией) назначение ноотропов более цели направленно, что изменить клинику в лучшую сторону.

СОВРЕМЕННАЯ БИОРЕГУЛЯЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ОСТЕОАРТРИТА

Раймуев К.В.¹, Малышев М.Е.²

¹Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,

²Научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе,
Санкт-Петербург

Введение. Остеоартрит (ОА) – хроническое гетерогенное прогрессирующее заболевание суставов, характеризующееся деградацией экстрацеллюлярного матрикса хряща, которое сопровождается патологическим ремоделированием тканей сустава и проявляется болевым синдромом, развитием краевых остеофитов с нарушением функциональной активности и снижением качества жизни больных. В настоящее время ОА рассматривается как органное поражение, т.е. заболевание всего сустава, при котором в процесс вовлекаются хрящ, субхондральная кость, синовиальная оболочка, связки, капсула, околоуставные мышцы, в основе которого лежит низкоактивное, так называемое субклиническое воспаление (low-grade inflammation).

Остеоартрит занимает первое место среди других ревматических болезней (около 10% в популяции), при этом его частота значительно увеличивается с возрастом. Среди всех заболеваний суставов ОА является самой частой причиной «ревматических» жалоб. По данным эпидемиологических исследований, в России ОА страдают более 14% населения, причем в последние годы вызванная им нетрудоспособность возросла в 3-5 раз. Заболевание представляет важную социально-экономическую проблему в связи со стойкой потерей трудоспособности больных и является одной из ведущих причин инвалидизации в мире.

В последнее время активно развивается инновационное направление лечения ОА, так называемая биорегуляционная терапия пероральными и парентеральными препаратами немецкой компании «Хель» (Траумель С, Цель Т, дискус-композитум). В ряде зарубежных многоцентровых рандомизированных исследованиях по терапии ОА этими препаратами показаны обнадеживающие результаты.

Цель исследования. изучить динамику изменения клинических, иммунологических, биохимических

мических и гормональных показателей у молодых мужчин с ранними стадиями остеоартрита коленных суставов на фоне интраартикулярной инъекционной терапии препаратом траумель.

Материалы и методы. В исследование вошли: 16 мужчин больных ОА средний возраст которых составил 29,6±9,4 лет, а средняя продолжительность заболевания – 8,5±3,7 месяцев. Диагностика заболевания осуществлялась на основе критериев ОА Американской Коллегии Ревматологов. В случае отсутствия рентгенологических критериев, диагноз устанавливался при сочетании клинических симптомов (боль механического характера, скованность в суставах <30 минут, ограничение функции) и выявленной при УЗИ (артросонографии) или МРТ – специфические изменения суставных поверхностей костей образующих сустав, и поражения вспомогательных суставных образований. А так же с использованием лабораторных критериев исключающих дебют классических ревматических заболеваний (РА, АС, СКВ, недифференцированные артриты и т.д.). А так же подтверждающие ОА – повышение СТХ-II и Агреканызы, снижение SOX-9 (сыворотке крови и синовиальной жидкости). Рентгенологическая стадия ОА оценивалась по классификации Келлгрена-Лоуренса. Также у больных определяли концентрацию цитокинов (IL-1β, IL-2, IL-4, IL-6, IL-1RA) методом иммуноферментного анализа.

Дизайн и результаты. Длительность лечения: 3 недели. Дозировка и кратность введения: 1 амп – 2.2 мл. Внутрисуставное введение через день. Суммарно 10 инъекций (2 упаковки). На 4 визитах оценивалась переносимость, эффективность и реактогенность! (первый, два промежуточных и последний). Клиническая оценка эффективности терапии траумелем в баллах (врачом и пациентом):

Визит 1: Пальпация (ВАШ) -4,53±2,02, Пассивные движения (ВАШ) -5,43±1,21, Боль при ходьбе (ВАШ)- 6,27±1,03, Боль при ходьбе (Лекен) -2,47±0,24, Максимальная дистанция ходьбы без боли (Лекен)-3,67±1,01, Индекс WOMAC-7,55±2,24, Суммарный индекс Лекена-13,12±3,54, IL-1β - 319±42, IL-2-3,0±0,7, IL-4- 233±48, IL-6- 433±37, IL-1RA- 1670±504.

Визит 2: Пальпация (ВАШ) -3,47±1,14, Пассивные движения (ВАШ) -3,6±1,12, Боль при ходьбе (ВАШ)- 3,79±1,04, Боль при ходьбе (Лекен) -2,01±0,13, Максимальная дистанция ходьбы без боли (Лекен)- 2,43±0,84, Индекс WOMAC-5,07±1,2, Суммарный индекс Лекена-8,47±1,67, IL-1β - 211±41, IL-2-3,5±0,8, IL-4- 173±28, IL-6- 353±39, IL-1RA- 990±214.

Визит 3: Пальпация (ВАШ) -2,13±1,01, Пассивные движения (ВАШ) -2,43±0,53, Боль при ходьбе (ВАШ)- 2,23±0,64, Боль при ходьбе (Лекен) - 1,7±0,25, Максимальная дистанция ходьбы без боли (Лекен)- 2,03±0,17, Индекс WOMAC-3,7±1,5, Суммарный индекс Лекена-5,87±2,13, IL-1β - 69±18, IL-2-4,9±1,1, IL-4- 153±32, IL-6- 183±29, IL-1RA- 572±63.

Визит 4 Пальпация (ВАШ) -1,27±1,53, Пассивные движения (ВАШ) -1,07±0,24, Боль при ходьбе (ВАШ)- 1,49±0,54, Боль при ходьбе (Лекен) -0,57±0,19, Максимальная дистанция ходьбы без боли (Лекен)- 1,12±0,19, Индекс WOMAC-2,01±0,67, Суммарный индекс Лекена-3,13±1,09 IL-1β - 35±12, IL-2-6,0±0,9, IL-4- 89±21, IL-6- 115±30, IL-1RA- 270±54.

Выводы. Терапия внутрисуставными инъекциями препаратом Траумель С оказалась эффективной. Наблюдали снижение концентрации провоспалительных цитокинов (IL-1β, IL-4, IL-6) и IL-1RA, с одновременным повышением уровня IL-2, что может свидетельствовать о снижении активности воспалительного процесса при ОА и ремиссии заболевания. Переносимость лечения была хорошая, побочных реакций и осложнений не отмечено.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ У ЖЕНЩИН С СОЧЕТАННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ/ВГС

Рассохин В.В.^{1,2,3}, Боева Е.В.^{1,2}, Беляков Н.А.^{1,2,3}

¹Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Пастера,

²Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова,

³Институт экспериментальной медицины, Санкт-Петербург

Цель. Изучить соматический статус женщин с сочетанной инфекцией вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) и вирусного гепатита С (ВГС) с определением основных направлений оптимизации междисциплинарной тактики ведения и лечения.

Материалы и методы. Сведения о состоянии здоровья 191 женщины с сочетанной инфекцией ВИЧ/ВГС были получены при анализе результатов комплексного обследования, включающего оценку соматического статуса, лабораторных исследований (CD4-лимфоциты и РНК ВИЧ, клинического и биохимического анализов крови, общего анализа мочи), данных УЗИ органов брюшной полости и почек, непрямого эластометрии печени. Заболевания были зафиксированы в соответствии с классификацией МКБ-10.

Результаты и обсуждение. Возраст пациенток составил $34,9 \pm 3,9$ лет. Медиана показателя CD4-лимфоцитов составила 470 кл/мкл. Большинство (94,2%) женщин получали антиретровирусную терапию (АРТ), из них у 91,1% лечения было успешным с достижением неопределяемой вирусной нагрузки ВИЧ (менее 40 коп/мл). Получали лечение хронического гепатита С (ХГС) – 4,7%. Сопутствующие синдромы и заболевания выявлены у 64,4%, у половины женщин они определяли основные клинические проблемы. Среди них: заболевания органов пищеварения (39,8%), мочеполовой системы (31,7%), системы кровообращения (9,7%), изменения со стороны крови – анемии и тромбоцитопении различной этиологии (7,4%). Болезни эндокринной системы, расстройства питания и обменных процессов наблюдались у 3,2% женщин. Диагностированы невоспалительные и воспалительные болезни половых органов (2,4% и 1,6% женщин соответственно). Доброкачественные новообразования различной локализации, которые были ранее выявлены, описаны у 1,6%. У 92,1% женщин наблюдались патологические изменения по результатам УЗИ. Из них 91% женщин имели УЗ-признаки диффузных изменений структуры печени, у 85,2% – поджелудочной железы. В 4% случаях обнаружены гепатомегалия и у 9,1% пациенток – спленомегалия. Изменения печени, описанные в виде жирового гепатоза, наблюдались у 1,7% женщин, в 4,5% случаях была выявлена желчнокаменная болезнь, в 5,1% случаев – деформация желчного пузыря и косвенные признаки дискинезии желчевыводящих путей. В единичных случаях наблюдались холецистит и очаговое образование печени. Со стороны мочевыделительной системы у 3,4% женщин был диагностирован нефроптоз, у 1,3% – мочекаменная болезнь и киста почки.

По данным непрямой эластометрии печени в 1/4 случаев наблюдалось формирование умеренного и выраженного фиброза (F2-F4 по шкале METAVIR).

Заключение. Таким образом, проведенное обследование женщин с сочетанной инфекцией ВИЧ/ВГС позволяет объективно оценить вклад выявленных соматических заболеваний, характер и объем междисциплинарного ведения данной группы пациентов. При эффективной АРТ, восстановлении иммунитета и подавлении активности репликации ВИЧ, ведущими в клинической картине могут быть терапевтические аспекты, необходимость проведения противовирусной терапии по поводу ВГС-инфекции, что требует организации эффективной профилактики, дополнительных диагностических и лечебных мероприятий.

ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАРКЕРОВ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ИНТРАНАЗАЛЬНЫМИ КОРТИКОСТЕРОИДАМИ И АЛЛЕРГЕН-СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ

Реброва С.А.^{1,2}, Сергеева Г.Р.², Партави М.З.²

¹Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи,

²Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить динамику маркеров эозинофильного воспаления дыхательных путей больных аллергической бронхиальной астмой (БА) и аллергическим ринитом (АР) в процессе терапии интраназальными кортикостероидами (ИКС) и аллерген-специфической иммунотерапии (АСИТ).

Материалы и методы. В проспективное исследование вошло 48 больных АР и аллергической БА. В группу, получающих терапию ИКС (длительность терапии 12 недель) вошло 30 пациентов, 13 (43,4%) мужчин, средний возраст 32,5 года. У 10 пациентов было сочетание АР с аллергической БА, у 20 изолированный АР. АР носил преимущественно легкое, неконтролируемое течение, БА была легкого, контролируемого течения. В группу, получающих АСИТ (один курс) вошло 18 пациентов, 15 мужчин (83,3%), средний возраст 31 год. Один пациент имел сочетание аллергической БА с АР, остальные имели только АР. БА и АР носили легкое, контролируемое течение. У всех пациентов проводилась спирометрия с бронхолитиком (спирометр 2120, Vitalograph, Великобритания), были определены уровни оксида азота выдыхаемого воздуха (FeNO), назального оксида азота (NnO) (хемолюминесцентный анализатор Logan 4100, Великобритания), и эозинофилов периферической крови на автоматическом гемоанализаторе. Контроль БА оценивался с помощью вопросников АСТ и АСQ-5, АР-визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). Статистическая обработка проводилась с помощью программы Statistica V. 10. В ходе лечения использовались ИКС (мометазон фуруат 200 мкг в сутки или флутиказон фуруат 110 мкг в сутки), пыльцевые и клещевые аллергены фирмы

Сталлержен. Клиническая оценка пациентов группы ИКС проводилась на 1,12 неделях, пациентов группы АСИТ в зависимости от получаемого аллергена (пыльцевые: 1,14-16,22-24 недели, клещевые: 1,12,52 недели).

Результаты и обсуждение. В ходе исследования в группе пациентов, получавших ИКС выявлено значимое снижение FeNO с 41,2 до 19,3 ppb, что сопровождалось улучшением контроля АР (изменение ВАШ с 6 до 1,5). Эозинофилы крови, nNO значимой динамики не показали. Данные результаты показали, что ИКС улучшают течение АР, снижая уровень FeNO и подтвердили значение FeNO как предиктора эффективности терапии кортикостероидами. У пациентов, получавших АСИТ ни один из маркеров не показал значимой динамики. Целью АСИТ является улучшение клинического течения аллергических заболеваний: уменьшение количество обострений, потребности в медикаментозной терапии. Было выявлено значимое снижение количества обострений АР после одного курса АСИТ с 1,5 раз в год до 0 и уменьшение потребности в ИКС, кумулятивная доза ИКС снизилась с 21900 мкг в год до 6000 мкг в год, что свидетельствует об улучшении клинического течения АР после одного курса АСИТ.

Выводы. У пациентов с изолированным АР и в сочетании с БА, при легком течении этих заболеваний, возможно использование FeNO для оценки эффективности терапии кортикостероидами. Один курс АСИТ не выявил существенной динамики маркеров эозинофильного воспаления дыхательных путей у пациентов с АР легкого, контролируемого течения.

АССОЦИАЦИИ ГЕНОТИПОВ ПОЛИМОРФИЗМА RS1544410 ГЕНА VDR С ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА ИБАНДРОНАТОМ

Резниченко Н.А.¹, Адунц А.Г.²

¹Крымский федеральный университет
имени В.И. Вернадского,

Симферополь, Республика Крым,

²Донецкое клиническое территориальное
медицинское объединение,
г. Донецк, Украина

Несмотря на достижения в терапии постменопаузального остеопороза (ОП), реальная клиническая практика свидетельствует о вариабельности

результатов одной и той же схемы лечения с применением одних и тех же препаратов у различных пациентов. Низкий в ряде случаев прирост минеральной плотности кости (МПК) или даже отрицательная динамика показателей остеоденситометрии после терапии ОП бисфосфонатами требует поиска предикторов, позволяющих предсказывать результат лечения. Считается, что генетическими факторами можно объяснить до 95% различий в ответе костной ткани больных с ОП на антиостеопоротические средства.

Цель исследования. Изучить эффективность лечения женщин с постменопаузальным ОП препаратом ибандроновой кислоты в зависимости от генотипов полиморфизма rs1544410 (283 A>G, BsmI) гена рецептора витамина D (VDR).

Материалы и методы. Обследовано 117 женщин в постменопаузальном возрасте (58,5±0,60 лет). Диагноз ОП подтверждался данными остеоденситометрии и исходя из диагностических критериев ВОЗ. Стандартный курс терапии длительностью 12 месяцев включал прием ибандроновой кислоты, кальция и холекальциферола. До начала и после завершения курса лечения женщинам выполнялась остеоденситометрия методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии. Эффективность терапии оценивалась по проценту прироста МПК (ΔМПК) в зонах поясничных позвонков L1-L4, проксимальных отделов и шеек левой и правой бедренных костей. Тестирование полиморфизма rs1544410 гена VDR осуществлялось методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени.

Результаты и обсуждение. Для анализа результатов исследования все женщины были распределены в 3 группы. Первую группу составили 14 пациентов, которые имели генотип AA полиморфизма rs1544410, вторую и третью – обладатели соответственно генотипов AG (n=51) и GG (n=52) вышеуказанного полиморфизма.

Установлены ассоциации полиморфизма rs1544410 гена VDR с показателями эффективности лечения в зоне поясничных позвонков L1-L4 (p<0,05). Среднее значение ΔМПК в поясничных позвонках L1-L4 у женщин с генотипом GG в результате 12-месячного курса терапии составило 3,41±0,60%, что было существенно (p=0,02) ниже, чем у носителей генотипа AA (7,94±1,83%). Кроме того, обладатели генотипа GG отличались и от всех остальных женщин (AA+AG) по показателю ΔМПК в поясничных позвонках L1-L4 (3,41±0,60% против 5,51±0,78%; p=0,036).

Следует отметить, что низкий прирост МПК в поясничных позвонках L1-L4 связан с генотипом GG полиморфизма rs1544410, который, согласно

ряду исследований, является также и предиктором развития постменопаузального ОП. Поэтому полученные данные, с одной стороны, подтверждают роль генотипа GG полиморфизма rs1544410 гена VDR в этиопатогенезе постменопаузального ОП, а с другой, свидетельствуют, по всей видимости, о его связи с повышенной потерей костной массы, что способствует как развитию ОП, так и недостаточно-му ответу костной ткани на проводимую антиостеопоротическую терапию.

Выводы. Таким образом, генотип GG полиморфизма rs1544410 гена VDR имеет ассоциацию с низкой эффективностью лечения женщин с постменопаузальным ОП ибандроновой кислотой по показателям прироста МПК в зоне поясничных позвонков L1-L4 ($p=0,036$). Полученные результаты целесообразно использовать для предсказания эффекта антиостеопоротической терапии и индивидуализации лечебно-профилактических мероприятий.

ВЛИЯНИЕ АНТИОКСИДАНТОВ НА СОДЕРЖАНИЕ ГЛЮКОЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БЕЛЫХ КРЫС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ В УСЛОВИЯХ ЭКЗОГЕННОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ

Репина Е.А., Кузнецова В.А.,
Волкова Н.А., Летин А.В.

Мордовский государственный университет
имени Н.П. Огарева,
г. Саранск

Цель исследования. изучение влияния мексидола и эмоксипина на некоторые метаболические показатели при сочетанном воздействии экспериментальной гипергликемии и экзогенной гиперхолестеринемии у экспериментальных животных.

Материалы и методы. Экспериментальное исследование проводилось на 88 белых нелинейных крысах обоего пола массой 200 ± 20 г. Животные были разделены на 10 групп:

I. Интактные животные – 10.

II. Животные, которым в течении 14 дней *per os* вводили масляную суспензию холестерина из расчета 40 мг на 1 кг массы тела животного.

III. Животные, получающие *per os* 0,5 мл растительного масла – 8.

IV. Животные с экспериментальной гипергликемией – 12. Для создания модели экспериментального сахарного диабета животным однократно, внутрибрюшинно вводили аллоксан в дозе 135 мг/кг.

V. Контрольная группа, состояла из животных с экспериментальным сахарным диабетом в сочетании с экзогенной гиперхолестеринемией – 10.

VI. Животные с экспериментальным сахарным диабетом в условиях экзогенной гиперхолестеринемии, одновременно с холестериновой нагрузкой получавшие ежедневно, в течение 14 суток, подкожно мексидол в дозе 5 мг на 1 кг массы тела животного – 8.

VII. Животные с экспериментальной гипергликемией в условиях экзогенной гиперхолестеринемии, получавшие ежедневно, в течение 14 суток, подкожно мексидол в дозе 25 мг на 1 кг массы тела – 8.

VIII. Животные с экспериментальным диабетом в сочетании с гиперхолестеринемией, получавшие ежедневно в течение 14 суток подкожно эмоксипин в дозе 12,5 мг на 1 кг массы тела животного – 8.

IX. Животные с сочетанием экспериментального сахарного диабета и гиперхолестеринемии, которым ежедневно в течение 14 дней вводили димефосфон в дозе 50 мг на 1 кг – 8.

X. Группа животных с комбинацией экспериментального сахарного диабета и экзогенной гиперхолестеринемии, которые в течение 14 дней, ежедневно получали подкожно α -токоферол в дозе 30 мг/кг – 8.

По окончании эксперимента у всех животных исследовали содержание глюкозы в сыворотке крови глюкозооксидазным методом с помощью стандартного набора реактивов «Глюкоза-ФКД» (Россия).

Результаты и обсуждения. Как показали результаты наших исследований моделирование у экспериментальных животных сахарного диабета способствовало развитию выраженных нарушений всех видов обмена, а также активации свободнорадикальных процессов на фоне депрессии активности антиоксидантной системы как в плазме крови, так и во внутренних органах. Сочетание аллоксанового диабета и гиперхолестеринемии в значительной степени усугубило возникшую патологию.

Наиболее значимый гипогликемический эффект в эксперименте был выявлен у мексидола в дозе 25 мг/кг. В данной группе зафиксировано достоверное снижение уровня глюкозы с $9,63 \pm 0,30$ ммоль/л до $5,58 \pm 0,12$ ммоль/л (на 39,28%), который превысил интактные значения лишь на 1,03%. Эмоксипин и димефосфон оказали менее выраженный и сопоставимый фармакологический эффект, снижая степень гликемии на 37,41% и 32,53% соответственно. α -Токоферол и мексидол в дозе 5 мг/кг заметно уступали по гипогликемической активности другим исследуемым препаратам.

Наличие у мексидола модифицирующего действия на состояние синапсов позволяет предположить о возможности модулирующего действия препарата на инсулиновые рецепторы клеток и способности потенцировать эффекты инсулина.

Выводы. Мексидол в дозе 25 мг/кг и эмоксипин в дозе 12,5 мг/кг оказывают сопоставимое по эффекту гипогликемическое действие при сочетанном воздействии экспериментального сахарного диабета и экзогенной гиперхолестеринемии, снижая уровень гликемии на 39% и 37% соответственно.

ПРОБЛЕМЫ КОМОРБИДНОСТИ И МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОЙ ПОМОЩИ МЕДРАБОТНИКАМ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ

Решетова Т.В., Лаптева Е.С., Джалалова О.Ю.
Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Улучшение профилактики выгорания медработников, верификация помощью психодиагностических методик основных психологических характеристик и ресурсов у врачей и медицинских сестер. С помощью психодиагностических тестовых методик (Хайма, Басса, МФИ20, Шкала астении опросника ММРП) и структурированных интервью были обследованы 184 врача и 162 медицинские сестры разных специальностей в 2004 и в 2019 гг.

Результаты и обсуждение. Среди врачей и медсестер 78% имеет коморбидное сочетание стрессового расстройства (тревожного, астенического, депрессивного чаще всего) и соматического заболевания (чаще всего психосоматического круга). Среди последних за прошедшие годы у врачей наиболее резко увеличилась частота алиментарного ожирения и болевых синдромов при дорсопатиях.

Если колебания болевого порога у здоровых +10%, то при сопутствующих стрессовых пограничных расстройствах ЦНС +15-50%. Диапазон колебания болевого порога имеет высокие корреляции с астенией (0,75), с тревожностью (0,74). Затянувшийся кризис увеличил тревожность, усталость. Рост агрессивности сочетается со снижением волевых качеств, самоконтроля. За последние годы вырос средний уровень тревоги. Раньше 37% врачей имели тревогу, 9% – депрессию, 39% – астению. В 2019

наиболее негативная динамика была у астении. Поскольку и астения, и тревога, и депрессия являются триггерами психосоматических заболеваний, важна экспресс-психодиагностика психопатологии при их коморбидности.

При сравнительном анализе блока психологических характеристик медсестер, выявлено, что в 2019г. их астенизация так же стала гораздо выше вследствие профессионального выгорания, они стали меньше анализировать сложные ситуации, сильно убавился оптимизм, заметно снизилось самообладание. У 35% – избегание трудностей, пассивность из-за неверия в свои силы, у 15% – смирение, стремление вообще уйти от контактов, отказ от решения проблем. В 45% медсестры преодолевали трудности, полагаясь на Бога (в предыдущем исследовании - только 26%). У 25% имели место формы поведения с агрессивными разрядами эмоций. В 10% случаев медсестры уходят от решения проблем с помощью алкоголя, успокоительных средств, хотя рациональнее была бы общепризнанная во всем мире когнитивно-берегающая психотерапия.

В системе ценностей большинства медсестер, несмотря на астению, усталость, сохраняется заинтересованность выполнить работу как можно лучше, они ориентированы на достижение профессиональных результатов, способны отстаивать в интересах дела собственное мнение, полезное для достижения общей цели. На втором месте – высокая потребность в дружеских, приятельских эмоциональных отношениях с коллегами, стремление при любых условиях поддерживать хорошие отношения в коллективе. Медсестры ориентированы на совместную деятельность, для них очень важно социальное одобрение группы, похвала руководителя. На третьем месте в системе ценностей у медсестер – ориентация на прямое вознаграждение. Медсестры стали хуже общаться с пациентами, они меньше стремятся к карьерному росту, понимая что возможные бонусы вряд ли компенсируют затраченные усилия, у них заметно снизилась активность и мотивация, а также концентрация внимания; но они стали креативнее выходить из трудных ситуаций.

Вывод. Лечебный процесс – это и искусство, и наука, это профессионально компетентное выявление проблем пациента, связанных с его здоровьем, и квалифицированная помощь в их разрешении. Ввиду ухудшения многих психологических характеристик и врачей, и медсестер, для сохранения эффективности лечебного процесса необходима общегосударственная программа укрепления здоровья медработников. На лекциях и семинарах в СЗГМУ им. И.И. Мечникова врачи и медсестры обучаются

доступным методам самодиагностики и самопомощи для профилактики синдрома эмоционального выгорания.

сопровождается более выраженными изменениями сердца и головного мозга.

ФАКТОРЫ, АССОЦИИРУЮЩИЕСЯ С КРИЗОВЫМ ТЕЧЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Ризаева М.Ж., Тухтаев Д.А.

Бухарский государственный медицинский институт,
г. Бухара, Республика Узбекистан

Введение. Гипертонический криз (ГК) является одним из наиболее тяжелых проявлений АГ, связанный с декомпенсацией регуляции общей гемодинамики, регионарного и локального кровотока. Развитие церебральных проявлений ГК обусловлено срывом реакции ауторегуляции сосудов мозга на верхней ее границе с развитием фильтрационного отека, структурным повреждением сосудов и ткани мозга.

Цель исследования. Изучение особенностей кризового течения артериальной гипертензии и роли ГК в развитии цереброваскулярной патологии

Материал и методы. Обследованы 109 пациентов (48 муж. и 61 жен.), средний возраст $57,4 \pm 5,8$ лет с «неосложненной» АГ 1-2 степени. Исключались пациенты с тяжелой соматической и сердечно-сосудистой патологией, а также с грубой патологией сонных артерий. Проводилось: СМАД, ЭКГ, ЭХО-КГ, ДС сонных артерий, МРТ/КТ, комплекс нейропсихологических тестов.

Результаты. В «основную» группу включены 65 чел. с ГК в анамнезе и в группу «сравнения» – 44 чел. без ГК. Преобладали (66,7%) редкие ГК – 1-2 криза в год. Тяжелые ГК потребовавшие госпитализации определялись только в 15,4% случаев. «Церебральные» жалобы чаще отмечались у больных с ГК – головная боль (у 56,9% и 38,0% $p=0,46$); головокружение (у 88,9% и 51,8% $p=0,04$). Для пациентов с ГК характерно повышение АД на фоне психоэмоционального напряжения (98,5% и 88,6% $p=0,04$), наследственная отягощенность по БСК. При ГК существенно чаще выявлялась клинически значимая «депрессия» (20,4% и 2,7%, $p=0,01$), а также психо-вегетативный синдром (73,8% и 54,5% $p=0,03$). Наличие кризов в анамнезе не ассоциировалось с увеличением ИММЛЖ, количеством очагов на КТ/МРТ, расширением периваскулярных пространств, лейкоареозом, а также с более выраженными когнитивными нарушениями.

Заключение. Кризовое течение АГ у пациентов с АГ 1-2 степени ассоциируется с психоэмоциональными и психоэмоциональными нарушениями и не

ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДОМА У БОЛЬНЫХ С СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ

Рогожина А.А.^{1,2}, Минушкина Л.О.¹,
Алесенко А.В.³, Гутнер У.А.³, Шупик М.А.³,
Курочкин И.Н.³, Малошицкая О.А.⁴, Соколов С.А.⁴,
Спешиллов Г.И.⁵, Затейщиков Д.А.^{1,2}

¹Центральная государственная медицинская академия,

²Городская клиническая больница №51,

³Институт биохимической физики
имени Н.М. Эмануэля,

⁴Московский государственный университет
имени М.В. Ломоносова,

⁵Генетическая лаборатория ООО «Ридсенс»,
Москва

Цель исследования. Оценить нарушения возможные изменения липидома у больных с наследственными нарушениями липидного обмена.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 35 больных (15 мужчин (42,9%) и 20 женщин (57,1%), средний возраст $49,8 \pm 9,96$ лет) с дислипидемией (уровень ЛНП $>4,9$ ммоль/л) или рано дебютировавшим осложненным атеросклерозом (перенесенный острый коронарный синдром, инсульт, осложненный атеросклероз сосудов нижних конечностей в возрасте до 55 лет у мужчин и до 60 лет у женщин), не получавшие на момент включения в исследование гиполипидемической терапии. В исследование не включали больных со вторичным характером гиперлипидемии, с сахарным диабетом. Клиническая вероятность семейной гиперлипидемии (СГЛ) рассчитывали по шкале Голландской сети липидных клиник. Исследование спектра сфинголипидов, сфингомиелина и церамидов проводилось методами масс-спектрометрии. Типирование генотипа полиморфного варианта rs708272 гена CETP проводилось методами ПЦР.

Результаты исследования. Больные с определенной/вероятной СГЛ имели достоверно более высокий уровень сфингозина, по сравнению с больными с низкой клинической вероятностью СГЛ ($144,36 \pm 107,863$ нг/мл и $50,14 \pm 62,409$ нг/мл, $p=0,01$), уровень длинноцепочечного сфингомиелина SM18:1/22:0 ($10927,6 \pm 4151,37$ пг/мл vs $6484,3 \pm 3692,833$ пг/мл, $p=0,028$), церамидов с длинной углеродной цепи C20-1 ($698,67 \pm 1138,155$ пг/мл vs $85,10 \pm 124,969$ пг/мл, $p=0,019$) и C22-1 ($714,67 \pm 1118,787$ пг/мл vs $77,00 \pm 82,254$ пг/мл,

$p=0,003$). Больные с отягощенным семейным анамнезом по ССЗ имели более низкий уровень ЛВП ($1,32\pm 0,479$ ммоль/л и $1,63\pm 0,352$ ммоль/л, $p=0,034$), более высокий уровень сфингозина ($82,37\pm 84,841$ нг/мл и $65,31\pm 55,298$ нг/мл, $p=0,021$) и более высокий уровень длинноцепочечных керамидов C20-0 ($391,21\pm 629,556$ пг/мл vs $78,56\pm 150,510$ пг/мл, $p=0,021$) C20-1 ($121,32\pm 257,882$ пг/мл vs $57,38\pm 108,836$ пг/мл, $p=0,010$) и C22-0 ($130,21\pm 252,256$ пг/мл vs $60,19\pm 64,744$ пг/мл, $p=0,040$). Выявлены значимые корреляции между уровнем холестерина ЛВП и сфинганина, галактозилцерамида и уровнем среднецепочечных керамидов (C20.0/C20.1).

Частоты генотипов rs708272 гена CETP у больных с семейным и несемейным характером дислипидемий существенно не отличались, отмечалась тенденция к более низкой частоте носительства аллеля T у больных с отягощенным семейным анамнезом ($p=0,082$). Носители минорного генотипа TT полиморфного варианта rs708272 гена CETP имели более низкий уровень ЛВП ($3,50\pm 1,391$ ммоль/л и $4,89\pm 1,172$ ммоль/л, $p=0,040$), более высокий уровень сфинганина ($1,56\pm 0,677$ пг/мл vs $0,94\pm 0,562$ пг/мл, $p=0,032$), более низкий уровень SM18:1/ 20.0 ($14804,0\pm 4130,37$ пг/мл vs $27812,5\pm 16302,44$ пг/мл, $p=0,016$) и SM18:1/ 24.1 ($3087,0\pm 1965,73$ пг/мл vs $5666,6\pm 2789,58$ пг/мл, $p=0,036$).

Вывод. У больных с семейным характером дислипидемий выявлены изменения липидома, которые можно охарактеризовать как атерогенные. Носительство генотипа TT гена CETP (rs708272) ассоциировано с протективными сдвигами профиля сфингомиелинов.

СТРУКТУРА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА МЕДИКО- СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ

Родионова А.Ю.

Санкт-Петербургский институт
усовершенствования врачей-экспертов,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить структуру метаболического синдрома (МС) у больных артериальной гипертензией (АГ), направленных на медико-социальную экспертизу.

Материал и методы исследования. В исследование включены 183 больных с АГ и МС, направленных на освидетельствование в бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ) Санкт-Петербурга.

Больные были разделены на две группы: 1-ю группу составили 117 пациентов в возрасте $57,7\pm 0,9$ года с АГ без ассоциированных клинических состояний (неосложненная АГ); 2-я группа – 66 больных в возрасте $59,4\pm 1$ год, имеющих в анамнезе острое нарушение мозгового кровообращения и/или острый инфаркт миокарда (осложненная АГ). Все пациенты обследованы в соответствии с планом обследования при направлении в БМСЭ. Наличие МС устанавливалось на основе критериев Всероссийского научного общества кардиологов (2009). Полученные данные обработаны с использованием пакета прикладных программ Statistica 10.0.

Результаты и обсуждение. Среди больных АГ с метаболическими нарушениями, направленных в БМСЭ, преобладали пациенты с АГ 3 степени (69,4% в 1-й и 67,4% во 2-й группе) и очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений (70,8 и 100%, соответственно). Все больные имели абдоминальное ожирение. В 1-й группе окружность талии больных составила $105,3\pm 0,7$ см, индекс массы тела – $33,9\pm 1,5$ кг/м². Избыточный вес определен у 25,4% больных, ожирение I степени – у 27,5%, II степени – у 30,4%, III степени – в 16,7% случаев. У пациентов 2-й группы окружность талии составила $109\pm 0,5$ см, индекс массы тела – $32,5\pm 1,7$ кг/м². Избыточный вес имели 36,5% больных, ожирение I степени – 23,1%, II степени – 19,2%, III степени – 21,2% пациентов. В структуре нарушений углеводного обмена гипергликемия натощак составила 33,3% случаев в 1-й и 43,9% во 2-й группе, нарушение толерантности к глюкозе – 11,9% и 5,2%, соответственно; сахарный диабет 2-го типа (СД2) без осложнений – 14,6% и 15,2% соответственно, СД2 с осложнениями – 40,2% и 25,8%, соответственно. Нарушения липидного обмена представлены в 1-й группе в большинстве случаев повышением уровня триглицеридов (41%) и липопротеинов низкой плотности (38,5%), во 2-й группе – повышенным содержанием триглицеридов (50%). Наиболее частым клиническим вариантом МС у больных АГ, направленных на медико-социальную экспертизу, была 3-х компонентная форма в виде сочетания абдоминального ожирения, нарушений углеводного и липидного обмена. Данный вариант МС установлен у 55,2% больных в 1-й группе и 53,1% во 2-й группе. Сочетание АГ с метаболическими расстройствами является благоприятной средой для развития атеросклероза и связанных с ним сердечно-сосудистых осложнений, которые приводят к высокому риску инвалидизации пациентов.

Выводы. У больных с нарушением функции сердечно-сосудистой системы в виде АГ с наличием/отсутствием ассоциированных клинических состояний, направленных на освидетельствование в БМСЭ, определены стойкие расстройства функци-

онирования эндокринной системы и метаболизма, которые представлены абдоминальным ожирением, нарушениями углеводного обмена (гипергликемией натощак или СД2 с осложнениями) и липидного спектра (гипертриглицеридемией). Выраженность данных параметров необходимо учитывать при клинико-экспертной оценке тяжести нарушения функционирования организма, определении ограничений жизнедеятельности, установлении группы инвалидности и разработке индивидуальной программы реабилитации пациентов с АГ.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И УТОМЛЯЕМОСТИ У ПАЦИЕНТОК С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Родионова О.А., Везикова Н.Н.

Петрозаводский государственный университет,
г. Петрозаводск

Цель исследования. Оценить качество жизни пациенток, страдающих ревматоидным артритом, с помощью индекса EQ-5D.

Материалы и методы. Обследовано 26 пациенток, страдающих ревматоидным артритом умеренной и высокой активности в соответствии с критериями ACR/EULAR 2010. Всем пациенткам оценивалось количество болезненных и припухших суставов, определялась выраженность болевого синдрома и общей активности заболевания по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), выполнялся забор крови для определения СОЭ, рассчитывался индекс DAS28. Также все пациентки заполняли валидизированные опросники оценки качества жизни EQ-5D и индекс утомляемости больных с хроническими заболеваниями FACIT-fatigue.

Результаты и обсуждение. Средний возраст обследованных женщин составил $52,9 \pm 10,2$ года, при этом 34,5% (9 человек) входили в группу пожилого и старческого возраста. С учетом заполнения опросника EQ-5D, пациентки распределились следующим образом: никто из пациенток не отметил отсутствие нарушений во всех сферах деятельности. 96,1% (25) пациенток имеют умеренные нарушения подвижности, 3,9% (1) – не ограничены в двигательной активности; выраженных нарушений в исследуемой группе не было. 76,9% (20) пациенток имеют умеренные нарушения в уходе за собой, 3,8% (1) – тяжелые, 19,2% (5) – не испытывает сложностей в самообслуживании. 61,5% (16 человек) отметили умеренные нарушения в привычной повседневной деятельности, 15,4% (4) – выраженные, 23,1% (6) в повседневной деятельности не ограничены. При

оценке выраженности болевого синдрома 61,5% (16) испытывают умеренную боль, в 26,9% случаев (7 человек) – болевой синдром выражен сильно, 11,5% (3) – боли не испытывают. Уровень тревожности был отмечен следующим образом: 50,0% (13) определили уровень тревожности как умеренный, 11,5% (3) – как сильный, и 38,5% (10) – не испытывают тревоги, из них в старшей возрастной группе примерно треть пациенток отметили отсутствие тревоги или депрессии. По остальным пунктам опросника у пациенток старше 60 лет преобладают умеренные и выраженные нарушения функций. Среднее значение индекса утомляемости FACIT-fatigue составило 27,6 в группе пожилого возраста, тогда как среднее значение у молодых пациенток составило 25,8.

Выводы. Таким образом, у пациенток с умеренной и высокой активностью заболевания преобладают умеренные ограничения подвижности и в уходе за собой, тем не менее, значительного нарушения двигательной активности в исследуемой группе не наблюдалось. Несмотря на отсутствие ремиссии и высокую активность заболевания, больше 30% обследованных больных не испытывают тревоги. Утомляемость сопоставима в группах пациенток среднего и молодого и пожилого и старческого возраста.

АНАЛИЗ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА В УСЛОВИЯХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ СТАЦИОНАРА

Романчук Л.Н.

Гродненский государственный
медицинский университет,
г. Гродно, Республика Беларусь

Цель исследования. Инфекционный эндокардит (ИЭ) – это заболевание инфекционной природы с поражением клапанного аппарата сердца и крупных артерий, развитием комплекса иммунопатологических реакций и осложнений, токсическим и эмболическим поражением внутренних органов. В последнее время отмечено изменение структуры заболевания. Целью нашего исследования было проведение анализа течения ИЭ у пациентов с впервые установленным диагнозом в условиях УЗ «ГКБ №3 г. Гродно» на протяжении 5 лет (2015-2019 гг.).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт пациентов, находившихся на стационарном лечении в УЗ «ГКБ №3 г. Гродно» с 2015 по 2019 годы. Всем пациентам во время текущей госпитализации диагноз ИЭ был установлен впервые. Проводилась оценка пола, воз-

раста пациентов, клинических проявлений заболевания, результатов лабораторных, функциональных методов исследования, инструментального исследования сердца и органов брюшной полости. Статистический анализ проводился при помощи методов описательной статистики. В исследование не включались пациенты с ИЭ в анамнезе.

Результаты и обсуждение. За анализируемый период времени в УЗ «ГКБ №3 г. Гродно» стационарное обследование и лечение проведено 15 пациентам с диагнозом ИЭ. Большинство заболевших составили мужчины – 12 человек (80%), средний возраст – 64 года. Женщины – 3 человека (20%), средний возраст – 72 года. Наличие признаков поражения клапанов сердца на фоне ИЭ при повторных ЭхоКГ выявлены у 10 пациентов. Первичный эндокардит был установлен у 7 пациентов (49,5%), в том числе с поражением митрального клапана (МК) – 2, аортального клапана (АК) – 4, с сочетанным поражением АК и МК – 1. Вторичный ИЭ был выявлен у 8 пациентов (50,5%), в том числе с поражением МК – 2, АК – 5 человек, с сочетанным поражением АК и МК – 1. Предшествующая патология сердца у пациентов с вторичным ИЭ: атеросклеротическое поражение АК с формированием стеноза – 3 человека, хроническая ревматическая болезнь сердца (ХРБС) с поражением МК – 1, гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) – 1, врожденный порок сердца (двустворчатый АК) – 2, ЭКС с дистопией электрода – 1. Повторный поздний ИЭ с сочетанным поражением АК и МК выявлен у 3 пациентов, в том числе ИЭ протезированного клапана диагностирован в 1 случае. Пациентов с эндокардитом правых отделов сердца выявлено не было. Острое течение ИЭ было установлено у 1 (6,7%), подострое – у 14 пациентов (93,3%). Всем пациентам проведено бактериологическое исследование крови. Положительные результаты посева крови обнаружены у 4 пациентов (26,7%): *Staphylococcus aureus* – 1 случай, *enterococcus faecalis* – 2 случая, *enterococcus hirae* – 1 случай.

Выводы. По данным нашего анализа, наиболее подвержены заболеванию лица пожилого возраста, а так же категории пациентов, имеющие факторы риска (алкогольная зависимость, сахарный диабет и нарушение толерантности к углеводам, цирроз печени). Мужчины болели чаще женщин (4:1), что соответствует статистическим данным. Согласно результатам исследования, чаще развивался вторичный ИЭ (8 человек – 53,3%). Преимущественное поражение АК имели большинство пациентов (всего 9 человек – 60%), как с первичным, так и с вторичным ИЭ. Микробиологические признаки: микроорганизмы, выделенные из положительной культуры крови, были получены всего у 4 пациентов (26,7%). Наличие признаков поражения клапанов сердца по результа-

там ЭхоКГ были выявлены у 10 пациентов (66,6%). Таким образом, диагноз ИЭ пациентам может быть установлен только на основании оценки совокупности диагностических критериев Duke, что не всегда возможно на раннем этапе диагностики.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ, ИМЕЮЩИХ ВТОРИЧНЫЙ АА-АМИЛОИДОЗ

Румянцева Д.Г., Агафонова Е.М., Красненко С.О.,
Подряднова М.В., Старкова А.С.,
Урумова М.М., Эрдес Ш.
Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Вторичный АА-амилоидоз является одним из наиболее серьезных осложнений анкилозирующего спондилита (АС). Изучение клинических особенностей пациентов с вторичным АА-амилоидозом имеет важное значение для улучшения дальнейшей тактики ведения данных больных.

Цель. Провести сравнительный анализ пациентов с АС имеющих и не имеющих вторичный АА-амилоидоз.

Материал и методы. В исследование включены 220 пациентов с АС (согласно модифицированным Нью-Йоркским критериям) – группа №1 и 9 пациентов с АС с гистологически подтвержденным вторичным АА-амилоидозом – группа №2.

Результаты. Пациенты группы №1 и группы №2 практически не отличались по возрасту (35,1±9,5 лет и 40,1±8,6 лет, $p>0.05$, соответственно), частоте HLA B27 (202 (91,8%) и 9 (100%), $p>0.05$, соответственно), наличию на момент осмотра энтезитов (105 (47,7%) и 7 (78%), $p>0.05$, соответственно), увеита (52 (23,6%) и 4 (44,4%), $p>0.05$, соответственно), воспалительных заболеваний кишечника (5 (2,2%) и 0, $p>0.05$, соответственно) и псориаза (24 (10,9%) и 0, $p>0.05$, соответственно) в анамнезе. Возраст дебюта АС был меньше в группе №2 (29,9±9,6 лет и 13,4±7,5 лет, $p<0.05$, соответственно), средняя длительность болезни (6,9±5,6 лет и 26,3±6,5 лет, $p<0.05$, соответственно) и количество мужчин оказалось меньше в группе №1 (162 (73,6%) и 9 (100%), $p<0.05$, соответственно). По внеаксиальным проявлениям в группе №2 достоверно больше было пациентов с артритами (182 (82,7%) и 9 (100%), $p<0.05$, соответственно) и кокситом (119 (54,0%) и 9 (100%), $p<0.05$, соответственно). Следует отметить, что все больные с ами-

лоидозом были мужского пола, имели артриты, в том числе и тазобедренных суставов, а дебют заболевания в 8 из 9 случаев приходился на детский возраст.

Вывод. Пациенты с АС, имеющих вторичный АА амилоидоз чаще мужского пола, обычно заболевают в детском возрасте, все имеют HLA-B27, периферические артриты и коксит.

ВЗАИМОСВЯЗЬ БИОМАРКЕРОВ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ АКТИВНОСТИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА

Румянцева Д.Г., Димитрева А.Е., Эрдес Ш.
Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

В настоящее время известны несколько биомаркеров воспаления анкилозирующего спондилита (АС), к ним относятся сывороточный кальпротектин, MMP3, АА-амилоидный белок и С-реактивный белок (СРБ). Однако еще мало изучена взаимосвязь между данными биомаркерами воспаления и показателями активности АС.

Цель. Изучить взаимосвязь между биомаркерами и показателями активности АС.

Материал и методы. В исследование включены 87 пациентов с АС (модифицированные Нью-Йоркские критерии 1984 г.), проходившими обследование в НИИР им. В.А. Насоновой. В сыворотке крови пациентов определялись следующие биомаркеры: сывороточный кальпротектин, MMP3, АА-амилоидный белок, СРБ. Показатели активности определялись с помощью индексов BASDAI и ASDAS-СРБ. Средний возраст пациентов составил 40 (11,1) лет, средняя продолжительность болезни – 16,7 (10,6) мес. Мужчин было 60 (69,0%), 80 (92,0%) пациентов позитивны по HLA B27.

Взаимосвязь определялась методом кластерного анализа с помощью определения евклидова расстояния.

Результат. Наиболее сильная связь индексов BASDAI, ASDAS-СРБ определялась с сывороточным кальпротектином (евклидово расстояние <20). Более слабая связь была у индексов BASDAI, ASDAS-СРБ с уровнем СРБ (евклидово расстояние <30). Еще меньшей оказалась их взаимосвязь с MMP3 (евклидово расстояние <60) и АА-амилоидным белком (евклидово расстояние <100).

Вывод. Среди изученных биомаркеров с индексами активности BASDAI, ASDAS-СРБ наиболее тесная взаимосвязь обнаружена с сывороточ-

ным кальпротектином, связь с СРБ и MMP3 была менее значимой.

КОРРЕЛЯЦИЯ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Русанова О.А., Гонтарь И.П., Емельянова О.И.
Научно-исследовательский институт
клинической и экспериментальной ревматологии
имени А.Б. Зборовского,
г. Волгоград

Поскольку СКВ – полисистемное заболевание, то вовлекаться в патологический процесс могут любые органы и системы, включая щитовидную железу. Среди обследованных нами больных системной красной волчанкой из 65 пациентов у трети пациентов (22 человека) обнаружены нарушения функции щитовидной железы. Выявлено, что концентрация антител к гормонам щитовидной железы у больных СКВ коррелирует с активностью патологического процесса и зависит от проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий.

Цель. Изучение влияния терапии СКВ на тиреоидную функцию пациентов.

Материалы и методы. Среди обследованных нами больных СКВ аутоиммунный тиреоидит констатирован в 16 случаях, у 5 пациентов диагностирован узловой зоб, диффузный токсический зоб – 1. Все пациенты были женщины в возрасте от 21 до 77 лет. Продолжительность СКВ – 5,08±3,29 лет. Средняя продолжительность манифестного заболевания щитовидной железы составила 3,01±1,74 года, что в большинстве случаев свидетельствует о возникновении и развитии тиреоидной патологии на фоне СКВ. В состав контрольной группы вошли 50 донор Волгоградской областной станции переливания крови, не имеющих критериев исключения.

В зависимости от вида проводимой терапии СКВ мы сформировали две подгруппы больных: I подгруппа (18 человек) – лечение цитотоксическими препаратами в комбинации с кортикостероидами, без выполнения плазмафереза; II подгруппа (8 человек) – лечение цитотоксическими препаратами в комбинации с кортикостероидами (ГКС), с выполнением плазмафереза. Антитела к тироксину и трийодтирону определяли иммуноферментным методом с использованием иммобилизованных магнитосорбентов. Полученные значения выражали в единицах оптической плотности (е.о.п.) и считали положительными при превышении величин экстин-

ции, найденных для здоровых лиц, более чем на 2σ , что соответствует более 0,1 е.о.п.

Результаты. В подгруппе I на фоне приема ГКС отмечается нормализация уровня всех тиреоидных гормонов, по всей вероятности, связанное с нарушением функции передней доли гипофиза. До проведения терапии уровень тироксина составил $22,9 \pm 2,1$ пмоль/мл, трийодтиронина $2,7 \pm 0,71$ пмоль/мл, АТ к T_4 $0,171 \pm 0,014$ е.о.п, АТ к T_3 $0,149 \pm 0,007$ е.о.п. После лечения: T_4 $17,24 \pm 1,7$ пмоль/мл, T_3 $3,5 \pm 0,52$ пмоль/мл, АТ к T_4 $0,11 \pm 0,11$ е.о.п, АТ к T_3 $0,119 \pm 0,013$ е.о.п. ГКС, как эндогенные, секретирующиеся в ответ на стрессорные воздействия, так и экзогенные, являются мощными ингибиторами секреции ТТГ и высвобождения гормонов из щитовидной железы, подавляют Т4-Т3 дейодирование. Кроме того, ГКС вызывают уменьшение уровня Т3 и Т4 за счет нарушения внутрисосудистой доставки тиреоидных гормонов на периферию. Прием глюкокортикоидов приводит к снижению концентрации тироксинсвязывающего глобулина, являющегося основным белком крови, который связывает до 85% Т3 и Т4 и ограничивает в строгих пределах фракцию свободных гормонов, регулируя скорость их доставки в свободный кровоток. Во II группе больных в процессе лечебно-реабилитационных мероприятий произошло коррекция количества тироксина и значений уровня трийодтиронина. До лечения уровень тироксина составил $21,1 \pm 1,9$ пмоль/мл, трийодтиронина $2,62 \pm 0,98$ пмоль/мл, АТ к T_4 $0,083 \pm 0,019$ е.о.п, АТ к T_3 $0,132 \pm 0,012$ е.о.п. После лечения: T_4 $15,72 \pm 0,9$ пмоль/мл, T_3 $4,02 \pm 0,16$ пмоль/мл, АТ к T_4 $0,083 \pm 0,019$ е.о.п, АТ к T_3 $0,098 \pm 0,01$ е.о.п.

Проведение плазмафереза знаменуется существенным иммуномодулирующим эффектом (повышается чувствительность рецепторов к кортикостероидам, нормализуется фагоцитарная активность, стимулируется синтез антиидиотипических антител и т.д.), а непосредственное выведение иммунных комплексов и антител из циркуляции приводит к уменьшению их перфузии через сосудистую стенку, отложения их в тканях, позволяет ослабить или даже временно разорвать цепь патологических реакций. В контрольной группе уровень тироксина составил $14,43 \pm 3,35$ пмоль/мл, трийодтиронина $4,09 \pm 3,97$ пмоль/мл, АТ к T_4 $0,06 \pm 0,05$ е.о.п, АТ к T_3 $0,072 \pm 0,005$ е.о.п. При изучении содержания уровня антител к тиреоидным гормонам у больных СКВ с поражением щитовидной железы отмечается достоверно более высокие показатели содержания АТ к Т3 и Т4 ($p < 0,05$).

Выводы. Полученные нами результаты свидетельствуют о положительном влиянии в комплексном лечении больных СКВ базисных препаратов, являющихся основой реабилитационных мероприя-

тий и экстракорпоральных методов (плазмафереза), приводящих к значимому снижению интенсивности антителогенеза, нормализации уровня тиреоидных гормонов и уменьшению активности заболевания. Выявленная динамика исследуемых показателей позволяет использовать определение уровня АТ к тиреоидным гормонам в оценке эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий на стационарном этапе и прогнозировать уменьшение возможного поражения щитовидной железы в процессе лечения СКВ. Применение в комплексном лечении больных СКВ иммуносупрессивных препаратов и особенно методов экстракорпоральной терапии приводит к выраженному снижению уровня антител к T_3 и T_4 , при использовании ГКС наблюдается снижение и уровня тиреоидных гормонов, что ограничивает их применение при патологии щитовидной железы. Снижение количества антител к изученным гормонам при СКВ в период стационарного этапа реабилитации свидетельствует о положительном воздействии комплексной терапии на иммунные звенья патогенеза этих заболеваний.

ТЕЧЕНИЕ, ИСХОД И ПРОГНОЗ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Савушкина И.А., Филатова О.Н., Овсянников Е.С.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Инфаркт миокарда (ИМ) – одна из форм ишемической болезни сердца, характеризующаяся развитием локального некроза чаще всего вследствие тромботической окклюзии коронарной артерии и являющаяся одной из наиболее частых причин смерти в развитых странах. Проведение тромболитической терапии (ТЛТ) является одним из наиболее распространенных и эффективных методов лечения ИМпST.

Цель. Определение влияния тромболитической терапии на наличие осложнений, исход и прогноз инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST.

Материалы и методы. Обработаны материалы 60 медицинских карт стационарных больных с основным диагнозом «Инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST». Пациенты были разделены на две группы: группа 1 (30 человек: 15 женщин и 15 мужчин от 39 до 86 лет, средний возраст $65 \pm 11,6$ лет) – лица, которым ТЛТ не проводилась в связи с на-

личием противопоказаний, группа 2 (30 человек: 15 женщин и 15 мужчин от 35 до 86 лет, средний возраст $64 \pm 11,9$ года) – лица, которым была проведена ТЛТ. Оценивались исход, осложнения ИМ и ТЛТ, наличие сопутствующих заболеваний (сахарного диабета 2 типа (СД 2 типа) и хронической сердечной недостаточности (ХСН) разных стадий). Прогноз у пациентов оценивался по шкале TIMI (Thrombolysis In Myocardial Infarction) для ИМпST (риск 30-дневной смерти после ИМпST). Статистическая обработка данных проводилась в программе STATGRAPHICS CENTURION V. Данные представлены в виде средних значений со стандартным отклонением. Для анализа использовалось значение хи-квадрата, достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Летальность в группе без ТЛТ составила 33,33%, в группе с ТЛТ 16,67%, статистически значимых различий не установлено ($p=0,1360$). В группе без ТЛТ суммарно осложнения были выявлены у 53,33% пациентов, с ТЛТ – у 26,66% пациентов. В группе с ТЛТ нарушения ритма и кардиогенный шок встречались на 10% реже, отек легких на 13,33% реже. Напротив, разрыв миокарда в группе с ТЛТ встречался чаще: 6,67% против 3,33%. Статистически значимых отличий по распространенности осложнений не обнаружено ($p=0,1611, 0,3472, 0,2733, 0,5536$). Также не установлено статистически достоверной зависимости исхода ИМ в группах пациентов 1 и 2 от наличия СД и от наличия и стадии ХСН ($p=0,2053, p=0,2887$). Средний балл по шкале TIMI для пациентов с ОКС с подъемом ST в группе 1 составил $4,8 \pm 2,61$, в группе 2 – $4,43 \pm 2,57$ (11,6% и 9,3% риски 30-дневной смерти). Статистически значимых различий прогноза не обнаружено ($p=0,5852$).

Выводы. Статистически значимых различий летальности в группах без ТЛТ и с ТЛТ не обнаружено. Однако итальянское исследование GISSI-1 (Gruppo Italiano per lo Studio della Streptochinasi nell'Infarto Miocardico) свидетельствует о снижении летальности при применении ТЛТ. Отличие результатов можно объяснить размерами выборок и различием применяемых препаратов (в исследовании GISSI-1 – стрептокиназа, в данной работе – пулолаза). Не выявлено различие в распространенности осложнений ИМ среди лиц, получивших и не получивших тромболитис. Не установлено зависимости исхода ИМ от наличия СД и ХСН. Однако обзор исследований по данному вопросу показывает, что смертность от ИМ в 1,5-2 раза выше при наличии СД 2 типа. Нами не обнаружено различий 30-дневного риска смерти у пациентов с ТЛТ и без ТЛТ. Вместе с тем ряд недавних исследований продемонстрировал снижение как больничной, так и более поздней смертности, про-

исходящее с увеличением частоты реперфузионной терапии с применением тромболитиса.

ИЗУЧИТЬ ЧАСТОТУ И ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Сагатова Д.Р.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Введение. Актуальной проблемой современной ревматологии является кардиоваскулярная патология у больных системными ревматическими заболеваниями.

Цель. Изучить частоту и особенности изменения брахиоцефальных артерий (БЦА) у больных системной склеродермией (ССД).

Материал и методы. Обследовано 33 женщины, в том числе 10 больных достоверным диагнозом ССД (средний возраст $47,6 \pm 3,9$ года) и 23 клинически здоровые женщины (средний возраст $48 \pm 1,8$ года; $p=0,984$). От всех участниц исследования получено информированное согласие. Обследование проводилось в СКАЛЕ и ревматологическом отделении 1 клиники Ташкентская Медицинская Академия. Средняя длительность ССД составила 80 ± 21 мес, у всех больных имелась диффузная форма болезни. В 100% случаев при ССД установлено поражение кожи, сосудов, суставов. У 9 пациенток диагностированы интерстициальные изменения легких. Семь больных имели поражение сердца, четыре – склеродермическое поражение пищевода. Терапия 7 больным проводилась D-пеницилламином, 5 – аминоинолиновыми препаратами, двум пациенткам метотрексатом. Глюкокортикоидную терапию получали 5 женщин с ССД. Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий выполнено на аппарате Vivid 7 (General Electric, США) линейным датчиком 7 L на частоте 8 МГц в режиме триплекс. Результаты оценивались согласно рекомендациям ВНОК. Статистическая обработка проведена с помощью пакета SPSS 17.0, для сопоставления количественных данных использован U-критерий Манна-Уитни, для сравнения частоты появления признака в группах применен 2-критерий Пирсона.

Результаты и обсуждение. Атеросклеротические бляшки БЦА диагностированы у 3 больных ССД (30%) и 5 женщин контрольной группы (21,7%; $p=0,611$). Гемодинамически значимые стенозы в каротидном бассейне установлены у двух пациенток

с ССД (20%) и двух женщин контрольной группы (8,7%; $p=0,361$). Патологическая извитость БЦА выявлена в 4 случаях при ССД (40%) и в 5 случаях в группе контроля (21,7%; $p=0,279$).

Выводы. Небольшое количество обследованных нами больных ССД не позволило получить статистически значимых различий, однако при ССД установлена тенденция к более высокой частоте развития патологической извитости БЦА и возникновению гемодинамически значимых стенозов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОКСИТА ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛОАРТРИТЕ

Саидрасулова Г.Б., Акрамова Н.Т.,
Мухаммадиева С.М.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Оценить динамику клинических, рентгенологических показателей состояния тазобедренных суставов (ТБС) у больных анкилозирующим спондилоартритом (АСА), подбирая более безопасные и эффективные препараты.

Материалы и методы. В исследование были включены 46 пациентов АСА, соответствовавших Нью-Йоркским модифицированным критериям 1984 г. и воспаления ТБС. Всего обследовали 39 мужчин и 7 женщины, медиана возраста пациентов составила 35 (от 23 до 66 лет) года. Длительность заболевания на момент назначения лечения препаратами равна 10,5 (от 1 до 36 лет) года. Все больные были разделены на три группы в зависимости от применяемой терапии АСА: в I группе пациенты ($n=15$) ежедневно принимали ацеклофенак по 100 мг/сут., во II группе ($n=16$) помимо ацеклофенака получали сульфасалазин (ССЗ) 4 раза в сутки по 500 мг, в III группе ($n=15$) проводилось лечение ацеклофенак и инфликсимаб (ИНФ) внутривенно со схемой (по 5 мг/кг внутривенно капельно в течение минимум 2 часа, затем препарат вводил в той же дозе через 2 недели и 6 недель после первого введения и далее каждые 8 недель). У всех больных оценивали общепринятых клинических и лабораторных исследований и проводилась рентгенография с оценкой индекса BASRI-Hip ТБС. Период наблюдения за больными составил 12 мес. Исходно, через 6 и 12 мес у всех больных проводилось клиническое и радиологические исследования. Рентгенография ТБС в прямой проекции выполнялась в

начале наблюдения и через 12 мес. Индекс BASRI-Hip определялся у всех пациентов. У 39 из 46 больных, включенных в исследование, наблюдалось двустороннее поражение ТБС, при оценке рентгенологической динамики учитывалось наибольшее значение индекса BASRI-Hip. У 7 пациентов поражение ТБС было односторонними и III рентгенологическими степенями. Клиническое исследование дополнялось оценкой боли при активных и пассивных движениях в ТБС по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), определением индекса BASDAI, ASDAS-CPB, уровнем С-реактивного белка (СРБ).

Результаты и обсуждение. При оценке динамики клинических и лабораторных показателей активности АСА и коксита в течение 12 мес в I группе не отмечалось статистически значимых изменений. Во II группе через 12 мес наблюдалось достоверное ($p<0,05$) уменьшение боли при движениях в ТБС по ВАШ с 25,1 [13,7; 42,5] до 68,3 [56,6; 78,9] мм ($p<0,05$) и содержания СРБ по сравнению с исходным уровнем с 4,2 [1,4; 6,7] до 14,91 [8,2; 21,7] мг/л ($p<0,05$). Также наблюдалась тенденция к снижению значений индексов BASDAI и ASDAS-CPB. У больных III группы была зафиксирована более выраженная позитивная динамика: статистически достоверное снижение индексов BASDAI и ASDAS-CPB, значений СРБ и боли при движении в ТБС после 6 и 12 мес лечения. В III группы после 12 мес назначение ИНФ привело к уменьшению боли с 13,2 [4,2; 25,7] до 71,9 [64,3; 88,1] мм ($p<0,05$), BASDAI и ASDAS-CPB с 1,6 [1,1; 2,96] и 1,4 [1,1; 2,24] до 7,5 [5,8; 8,5] и 3,1 [2,6; 3,8] соответственно ($p<0,05$), содержания СРБ с 2,6 [0,2; 5,8] до 23,3 [16,4; 35,6] мг/л ($p<0,05$). В III группе после 6 и 12 мес лечения индексы BASDAI и ASDAS-CPB, интенсивность боли при движениях в ТБС и уровень СРБ были достоверно ниже, чем в I группе ($p<0,05$). Также в III группе в процессе лечения были достигнуты достоверно более низкие значения индекса BASDAI, боли в ТБС через 6 и 12 мес и концентрации СРБ через 6 мес по сравнению со II группой ($p<0,05$). Несмотря на то, что большинство показателей во II группе после 6 и 12 мес лечения были ниже, чем в I, статистически достоверных различий между ними не было. Через 12 мес отмечалось увеличение индекса BASRI-Hip на 1 у трех больных I группы (20,0%) и у одного больного II группы (6,25%). В III группе BASRI-Hip не увеличивался. ССЗ и ИНФ не оказывали существенного воздействия на динамику рентгенологического индекса BASRI-Hip и процесс образования новых остеофитов в ТБС.

Выводы. Использование ССЗ и ИНФ в комплексе лечения больных кокситом, ассоциированным с АСА, приводит к снижению активности синовиту ТБС.

ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ БАЗИСНОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ И ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛОАРТРИТЕ

Саидрасулова Г.Б., Мухаммадиева С.М.,
Мирахмедова Х.Х.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность различных видов базисных противовоспалительных препаратов (БПВП) и генно-инженерной биологической терапии при болезни анкилозирующем спондилоартрите (АСА).

Материалы и методы. Исследование проводилось в ревматологическом центре на базе многопрофильной клиники ТМА за 2017-2019 гг. Обследованы 52 стационарных пациентов с АСА периферической и аксиальной формой (согласно модифицированным Нью-Йоркским критериям 1984 г.) в развернутой или поздней стадии заболевания с высокой степенью активности по BASDAI \geq 4,0, ASDAS $<$ 3.5 и с высокой степенью ограничения функциональной активности по BASFI \geq 4.0. Возраст пациентов в исследуемых группах был от 23 до 66 лет. Средняя длительность заболевания на момент обследования – 11,95 \pm 1,25 года. Клиническую оценку эффективности различных видов базисной терапии у больных АСА проводили в конце 3-го и 12-го месяца лечения по динамике таких общепринятых клинических признаков поражения позвоночника, по индексам активности болезни BASDAI, ASDAS и BASFI, BASMI, критериям ремиссии ASAS. Все больные методом адаптивной рандомизации были разделены на четыре группы в зависимости от вида базисной терапии: I-я группа больных (n=9) получала лефлуноמיד (Леф.) 20 мг/сут, II-я группа (n=10) – сульфасалазин (ССЗ) 2,0 г/сут, III-я группа (n=18) – метотрексат (МТ) 15 мг/нед и IV-я группа (n=15) – ингибиторы фактора некроза опухоли- α (ФНО- α) (инфликсимаб (ИНФ)) 5 мг/кг/нед. со схемой).

Результаты и обсуждение. После трех месячной терапии, полученные данные оценивали по вышеуказанным параметрам у всех групп. В I, II и III группах больных АСА к концу 3-го месяца лечения снижение всех клинических признаков поражения позвоночника было статистически не достоверной, а к концу 12-ти месячного лечения – достоверной (p $<$ 0,05). При этом, клинический эффект лечения у больных АСА с периферическими формами II и III

групп не отличался от больных АСА I группы и не действовал при АСА с аксиальной формой. В IV группе больных АСА к концу 3-го месяца лечения отмечено достоверное снижение показателей клинических признаков поражения позвоночника по индексам BASDAI на 50% установлено у 65% пациентов (p $<$ 0,05) и дальнейшее их снижение к концу 12-ти месячного лечения (p $<$ 0,01). Уменьшилась активность АСА, определяемая по индексу ASDAS, у 69% и стала минимальной у 51% пациентов в IV группе. Среднее значение индекса BASFI снизилось более чем в два раза как в группе на ИНФ, так и в II и III группах на ССЗ и МТ, низкий уровень его констатирован соответственно у 67, 58 и 55% больных. Кроме I группы, в остальных группах установлено достоверное увеличение объема движений в позвоночнике после 12-ти месяца терапии (p $<$ 0,05). К концу исследования достоверно улучшилась функция локомоторного аппарата (индекс BASMI) по сравнению с исходными значениями: в II группе с 18,3 \pm 7,4 до 14,2 \pm 3,6, III группе с 17,8 \pm 6,3 до 15,7 \pm 5,3 и IV группе с 18,4 \pm 7,9 до 12,2 \pm 4,5. Частичная ремиссия в соответствии с критериями ASAS достигнута у 73% пациентов на терапию ИНФ, у 44,5% – в группе МТ, у 40% – в группе ССЗ и у 22,3% – в группе Леф.

Выводы. При АСА длительное применение базисных противовоспалительных препаратов (БПВП) обладает достоверным клиническим эффектом. Наибольший клинический эффект при АСА отмечен при использовании ингибиторов ФНО- α . ССЗ и МТ при АСА обладают достоверной клинической эффективностью при периферических формах. Леф. был неэффективным при аксиальной форме АСА. Использование ФНО- α в лечение больных при всех формах АСА приводит к снижению активности заболевания и улучшению качества жизни по сравнению с другими БПВП.

БОЛЕЗНЬ ГОШЕ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Сайфутдинов Р.Р.^{1,2}, Ахунова Р.Р.¹, Митушева Э.И.¹,
Куршаков А.А.¹, Сайфутдинов Р.Г.^{1,2},
Сергеев В.А.², Сайфутдинова Т.В.¹

¹Казанская государственная медицинская академия,

²Городская клиническая больница №12,
г. Казань

Введение. Глюкозилцерамидный липидоз – наследственная лизосомная болезнь накопления, развивающаяся в результате недостаточности фермента глюкоцереброзидазы, приводящая к накоплению глюкоцереброзида во многих тканях (селезенка, печень, почки, легкие, мозг и костный мозг).

Цель. Представить взрослого мужчину с болезнью Гоше. Клинический случай. Пациент: Б., 36 лет поступил 02.02.19 г. в терапевтическое отделение ГКБ№12. Жалобы: боли в грудной клетке слева, кашель с желтой мокротой, общая слабость, затрудненное дыхание. Anamnesis morbi. Заболел остро 09.01.19 г. – появились боль в левой половине грудной клетки, слабость и повышение температуры тела до 39°C. Поступил по неотложным показаниям в ГКБ №11 10.01.19 г. с диагнозом: внебольничная левосторонняя пневмония, осложненная плевритом. Цирроз печени, криптогенный. Выписан на амбулаторное лечение 25.01.19 г. Принимал 5 дней, 2 раза в день левофлоксацин (500 мг) и амбраксол (30 мг). С 01.02.19 г. состояние ухудшилось – вновь поднялась температура тела до 39°C, усилился кашель, появились боли в животе, вызвана СМП, был доставлен в ГКБ№12. На рентгенограмме ОГК – инфильтрация легочной ткани в нижней доле левого легкого. Anamnesis vitae. Стоит на учете у психиатра. Вредные привычки отрицает. Status praesens objectives. Обращает на себя внимание система органов пищеварения: язык обложен белесоватым налетом. Живот резко увеличен в объеме за счет выраженной гепатоспленомегалии, болезненный в левой половине живота. Печень по М.Г. Курлову 25x35 см, размеры левой доли невозможно определить из-за увеличенной селезенки. Селезенка – нижний край ниже уровня пупка. Анализы крови, общий: Лейкоциты – $12,35 \times 10^9/\text{л}$. Эритроциты – $3,2 \times 10^{12}/\text{л}$. Гемоглобин – 86 г/л. Гематокрит – 27,7%. Тромбоциты – $81 \times 10^9/\text{л}$. Биохимия: АЛТ – 59 ед/л, АСТ – 120 ед/л, Щелочная фосфатаза – 201,8 ед (норма до 120 ед). УЗИ: селезенка: 184x97 мм (норма – 110x50 мм), селезеночная вена – 16 мм. Свободная жидкость в малом тазу – небольшое количество. Учитывая огромную селезенку, гепатомегалию, гиперспленизм, психическое заболевание была заподозрена болезнь Гоше. В связи с высокой лихорадкой, нарастающим лейкоцитозом, наличием жидкости в брюшной полости, усилением болей в левой половине живота, на консилиуме была заподозрена угроза разрыва селезенки и, пациент был переведен в хирургическое отделение и прооперирован. На операции диагноз визуально был подтвержден. На гистологии биоптата селезенки выявлены характерные изменения для болезни Гоше.

Заключение. Пациент с детства страдал наследственной лизосомной болезнью накопления. Увеличение печени и селезенки длительное время расценивалось как криптогенный цирроз печени. В данном случае помощь в диагностике болезни Гоше могла быть получена при анализе Anamnesis vitae, а именно наличие психического заболевания и отсталости в развитии.

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ РОЖЕ

Свентицкая А.Л.¹, Красавцев Е.Л.²,
Пасечник С.П.², Завялец К.С.²

¹Московский областной центр
по профилактике и борьбе со СПИДом
и инфекционными заболеваниями,
Москва,

²Гомельский государственный
медицинский университет,
г. Гомель, Республика Беларусь

Цель исследования. Изучить особенности коморбидной патологии (КП) у пациентов с рожей, находящихся на стационарном лечении в инфекционной больнице.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ 792 медицинских карт стационарного пациента Учреждения «Гомельская областная инфекционная клиническая больница» с рожей в возрасте от 18 до 93 лет, средний возраст пациентов составил $58,5 \pm 0,44$ лет. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью программы Statistica 10.0, Exel 2010 (MS Office) for Windows 8.0. О статистической значимости различий судили по уровню значения $p < 0,05$, где p – это величина уровня статистической значимости (ошибка первого рода). Критериями исключения из исследования стало наличие пациентов в возрасте до 18 лет, а также случаи рожи у женщин после мастэктомии (исследования подтверждают, что в большинстве случаев рожа верхних конечностей возникала на фоне послеоперационного лимфостаза в связи с операцией мастэктомии по поводу опухолей грудной железы).

Результаты и обсуждение. Среди всего количества обследуемых, КП регистрировалась у 556 пациентов (70,2%). КП встречалась у женщин в 1,9 раза чаще, чем у мужчин ($\chi^2=4,3$, $p < 0,001$).

По результатам исследования выделено несколько основных групп КП, которые наиболее часто встречаются при роже: 1. болезни системы кровообращения у пациентов с рожей были зарегистрированы в 57,9% (болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, ишемическая болезнь сердца (ИБС) встречались у 43,2% случаев от количества обследуемых с КП; 14,7% имеют КП в виде заболеваний вен нижних конечностей – варикозного расширения вен (ВРВ) и хронической венозной недостаточности (ХВН)); 2. болезни эндокринной системы (ЭС), расстройства питания (РП) и нарушения обмена веществ – 23%*; 3. заболевания кожи – 7,5%* пациентов. У 11,6% пациентов были выявлены другие КП в виде заболеваний мочевого

лительной, дыхательной, гепато-билиарной систем, опорно-двигательного аппарата.

У преобладающего числа пациентов была выставлена эритематозная форма рожи (72,5% от общего количества исследуемых пациентов).

Статистически значимо чаще у пациентов с эритематозной формой рожи встречались артериальная гипертензия и ИБС ($\chi^2=3,27$, $p<0,02$), чем у пациентов с эритематозно-буллезной формой. У пациентов с эритематозной формой реже регистрировались заболевания вен нижних конечностей в виде ХВН, чем у пациентов с эритематозно-буллезной формой ($\chi^2=3,22$, $p<0,02$) и эритематозно-геморрагической формой ($\chi^2=2,5$, $p<0,02$).

Статистически значимо реже у пациентов с эритематозной формой регистрировались заболевания ЭС, РП и нарушения обмена веществ, чем у пациентов с эритематозно-буллезной формой ($\chi^2=5,76$, при $p<0,001$).

Выводы. КП, такие, как болезни системы кровообращения, ЭС, РП и нарушений обмена веществ, относятся к предрасполагающим факторам развития рожи. Определение КП при развитии рожи позволяет определять группу риска по заболеванию рожей, а также прогнозировать рецидивы заболевания и проводить профилактику в данной категории пациентов на амбулаторном этапе лечения, обращать внимание на возможность сочетания препаратов различных групп при назначении этиотропной и патогенетической терапии с лечением коморбидной патологии. При развитии рожи на фоне ХВН необходимо комплексное этапное лечение у флеболога, а также различные профилактические мероприятия.

ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА РАЗВИТИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА С ОЦЕНКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТОВ

Свистун О.В., Бабаева А.Т., Курбанова Э.К.

Кубанский государственный
медицинский университет,
г. Краснодар

Цель. Оценка влияния артериальной гипертензии на развитие начальной стадии ХИМ с установлением приверженности пациентов к антигипертензивной терапии.

Материалы и методы. Обследовано 50 пациентов с артериальной гипертензией в возрасте от 65 до 86 лет. На основании проведенного индивидуаль-

ного собеседования с помощью опросников, один из которых специально составлен для данной работы, а второй взят из российских клинических рекомендаций 2017 г. – «Возраст не помеха». В специальный опросник были включены следующие параметры: пол, возраст (от 65 лет и старше), наследственная отягощенность, уровень САД и ДАД в течение недели (до каких цифр и как часто), частота возникновения гипертонических кризов, длительность (лет) артериальной гипертензии, основные препараты принимаемые в качестве антигипертензивной терапии и регулярность их приема. Исследование проводилось в ГБУЗ «Городская Поликлиника №9» МЗ КК, а также в кардиологических отделениях №1,2 ГБУЗ КБ СМП г. Краснодара.

Результаты и обсуждения. В ходе индивидуального собеседования с помощью вышеизложенных опросников были получены следующие данные: по опроснику «Возраст не помеха» все пациенты были разделены на три группы. 1 группа – пациенты с высоким риском «старческой астении» – 38 пациентов (76%), 2 группа – пациенты с вероятным риском развития «старческой астении» – 9 пациентов (18%), 3 группа – пациенты с низким риском развития «старческой астении» – 3 пациента (6%). Далее в каждой из групп оценивалось влияние отдельных параметров опросника (возраст, высота АД, стаж болезни и т.д.) на развитие когнитивных нарушений. В результате: в первой группе процент влияния пола составил 63,2% (24 человека), возраста 68,5% (26 человек), уровня артериального давления 86,9% (33 человека), частоты возникновения гипертонических кризов 76,4% (29 человек), приверженности к антигипертензивной терапии 58% (22 человека), продолжительности течения АГ 71,1% (27 человек). Во второй группе влияние пола составило 44,5% (4 человека), возраста 77,8% (7 человек), уровня артериального давления 77,8% (7 человек), частоты возникновения гипертонических кризов 11% (1 человек), приверженности к антигипертензивной терапии 22% (2 человека), продолжительности течения АГ 55% (5 человек).

Выводы. 1. Большинство пациентов от 65 лет и старше с АГ имели высокий риск развития «старческой астении». 2. На развитие начальной стадии ХИМ повлияли: не целевой уровень артериального давления, частота возникновения гипертонических кризов, длительность течения АГ, возраст пациентов, низкая приверженность к антигипертензивной терапии. 3. Пациенты с высоким риском развития «старческой астении» были достоверно менее привержены к назначенной антигипертензивной терапии. 4. Диагностика «старческой астении» должна стать неотъемлемой составляющей плана ведения пациента с АГ пожилого и старческого возраста при

оказании первичной медико-санитарной помощи. 5. При признаках снижения когнитивных функций необходим персонифицированный подход и дополнительные мероприятия для обеспечения выполнения врачебных рекомендаций.

«ТРАНСФОРМИРОВАННЫЙ» ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ МИКРОСПОРИИ ГЛАДКОЙ КОЖИ

Селютина О.В.

Воронежский областной клинический
кожно-венерологический диспансер,
г. Воронеж

Микроспория – высококонтагиозное заболевание, обусловленное различными видами грибов рода *Microsporum*. Наиболее распространена зооантропонозная микроспория, вызываемая *M. canis*. В Федеральных Клинических Рекомендациях по дерматовенерологии за 2017 год указано, что к атипичным вариантам течения микроспории относят инфильтративную, нагноительную (глубокую), экссудативную, розацеа-подобную, псориазоформную, себороидную (по типу асбестовидного лишая), трихофитоидную формы, а также «трансформированный» вариант микроспории (при видоизменении клинической картины в результате применения топических кортикостероидов).

Цель. Продемонстрировать «трансформированный» вариант течения микроспории гладкой кожи.

Материалы. На амбулаторный консультативный прием в БУЗВО «ВОККВД» обратилась девочка 8 лет (в сопровождении матери) с жалобами на поражение гладкой кожи верхней трети спины слева без субъективных ощущений. Больна около 3 недель. Незадолго до этого приобрели котенка без осмотра ветеринара и без проведения вакцинации от дерматофитий. Обращались в другую клинику, где без проведения микологического исследования был назначен топический кортикостероид (тГКС), который применяли в течение 2-х недель. Со слов матери ребенка, очаг побледнел, стал «размытым», едва заметным, но не прошел.

Результаты. При осмотре в БУЗВО «ВОККВД»: на гладкой кожи верхней трети спины слева один очаг, в диаметре около 3 см, округлой формы, без четких границ, едва заметный, практически цвета окружающей кожи, нет характерного периферического валика, скудные мелкопластинчатые чешуйки, вокруг некоторых волосяных фолликулов отмечается покраснение. При осмотре в лучах лампы

Вуда наблюдалось характерное зеленое (изумрудное) свечение пушковых волос в очаге. Забор материала производился под лампой Вуда: паггрибы обнаружены, при посеве на среду Сабуро – рост *M. canis*. Ребенок получил комбинированную терапию с клинико-микологическим выздоровлением. Проведены необходимые карантинные, санитарно-эпидемиологические мероприятия. При проведении диспансерного наблюдения – рецидива заболевания не было. Котенок пролечен у ветеринара. При обследовании контактных лиц: у одного выявлена микроспория гладкой кожи с типичной клинической картиной, диагноз подтвержден лабораторно и пациент пролечен с клинико-микологическим выздоровлением.

Выводы. «Трансформированная» форма микроспории относится к атипичным вариантам течения заболевания. Использование пациентом топического кортикостероида способствовало изменению классической клинической картины заболевания. Применение комплексного алгоритма диагностики заболевания (анализ анамнестических данных, клинической картины, проведение люминисцентной диагностики, микроскопического и культурального исследования, привлечение к обследованию контактных лиц) способствует правильной диагностике не только типичных, но и атипичных форм микроспории.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ТРОМБООБРАЗОВАНИЯ ПРИ Rh-НЕГАТИВНЫХ МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ

Сербин А.Н.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить специфические особенности патологического тромбообразования при Rh-негативных миелопролиферативных новообразованиях и их потенциальное значение в выборе профилактики и терапии тромбоэмболических осложнений.

Материалы и методы. Выполнен поиск в открытых источниках и анализ информации о специфических механизмах функционирования системы гемостаза и тромбообразования при различных МПН.

Результаты и обсуждение. Патофизиология тромбозов при МПН является сложной и включает в себя множество факторов: эндотелий и клетки крови, плазменные факторы. Присутствие активирующей мутации JAK2V617F, приносит дополнитель-

ную сложность, со многими данными, касающимися ее роли в активации различных типов клеток. Механизмы «тромбофилии» при МПН являются следствием нарушений во всех трех звеньях гемостаза из классической триады Вирхова: клеточного, коагуляционного и сосудистого компонентов. Вскоре после открытия роли в патогенезе различных МПН мутации JAK2V617F, было обращено внимание, что она оказывает влияние на активацию различных типов миелоидных клеток и на повышение риска тромбообразования при ее наличии. Исследования показывают, что количество мутаций значительно выше у пациентов с ИП по сравнению с пациентами, страдающими от ЭТ или ПМФ. В настоящее время известны и другие «драйверные» мутации при МПН и продолжается изучаться влияние их наличия и уровня аллельной нагрузки на гемостаз.

Многие исследования, проведенные на пациентах и на лабораторных животных, были сосредоточены на определении функциональных особенностей тромбоцитов при МПН. Исследования свидетельствуют в пользу активации тромбоцитов во время миелопролиферативной неоплазии, в качестве аргументов этому, используется факт повышения экспрессии на их поверхности белков, важных для первичного гемостаза и коагуляции, такие как высокий уровень циркулирующих агрегатов лейкоцитов, P-селектин (CD62P), или тканевой фактор (CD142) (экспрессия которых усиливается у пациентов с мутацией JAK2V617F по сравнению с теми, кто лишен последней). Увеличение плазменных маркеров активации тромбоцитов (растворимый P-селектин, лиганд CD40, бета-тромбоглобулин, тромбоксан A2) является еще одним аргументом в пользу активации тромбоцитов при миелопролиферативной неоплазии. Также была показана повышенная экспрессия фосфатидилсерина на поверхности тромбоцитов у пациентов и более высокий уровень незрелых тромбоцитов, которые обладают повышенной гемостатической активностью.

Ряд исследований был направлен на изучение экспрессии маркеров активации лейкоцитов при МПН. В частности, в ходе экспериментов было обнаружено увеличение активности лейкоцитов у пациентов при повышенной экспрессии маркеров активации CD11, CD14 и лейкоцитарной щелочной фосфатазы. Активация более выражена в случае мутации JAK2V617F. У пациентов с ЭТ или ИП экспрессия тканевого фактора на поверхности нейтрофилов и моноцитов выше, чем у фосфатидилсерина. Помимо этого, содержание в этих клетках концентрации нейтрофильной эластазы и миелопероксидазы также повышаются. В связи с чем увеличивается уровень агрегатов между лейкоцитами и тромбоцитами (причем этот процесс более выражен, если у пациента имеется мутация JAK2V617F), что в даль-

нейшем ведет к риску возникновения тромботических осложнений.

Гематокрит, играет очень важную роль в риске тромбозов. Клиническое исследование циторедуктивной терапией при ИП подтвердило связь между риском тромбоза и гематокритом, показав риск увеличения сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с гематокритом более 45%, и как следствие скорую смерть от возникших сердечно-сосудистых или тромботических осложнений. Изменения реологических свойств крови в результате высокого уровня гематокрита варьируются в зависимости от вовлеченной зоны, венозного или артериального русла. В венах, где кровотоки медленные, высокий уровень гематокрита вызывает гипервязкость, замедление кровотока и относительную гипоксию эндотелиальных клеток. В артериях, где кровотоки высокие, он будет способствовать смещению тромбоцитов к эндотелию, приводя к усилению взаимодействия между двумя типами клеток и вызывая повышенную активацию тромбоцитов. У модели лабораторных животных важность гематокрита в возникновении тромбоза при МПН была недавно продемонстрирована. Помимо роли, которую играет количество эритроцитов (оцениваемое по гематокриту), их адгезионной способности способствуют качественные аномалии, которые проявляются усилением взаимодействия между мембранным белком эритроцитов LU и ламинином, который экспрессируется эндотелиальными клетками.

Мутация JAK2V617F, которая влияет на гемопоэтические клетки, также может быть обнаружена в эндотелиальных клетках сосудов у пациентов с МПН. Исследования показали, что эти клетки экспрессируют большое количество P-селектина и фактора Виллебранда на своей поверхности. На модели лабораторных животных, у которых ген JAK2 был специфически мутирован в эндотелиальных клетках, было обнаружено, что увеличение экспрессии P-селектина связано с большей частотой возникновения тромбозов. Повышенная экспрессия P-селектина мутированными клетками была подтверждена с использованием модели эндотелиальных клеток, полученных из индуцированных плюрипотентных стволовых клеток от пациентов с мутацией JAK2V617F. В этом случае наблюдалась избыточная экспрессия генов, участвующих в воспалительных реакциях, а также усиление проадгезивных и протромботических свойств этих клеток.

У пациентов с МПН повышен уровень таких комплексов, как D-димер, тромбин-антитромбин, а также фрагментов фибриногена F1 и F2. Наблюдается также снижение уровней сывороточных белков C и S9, а также фенотипа резистентности к активированному белку C, причем эти нарушения встречаются чаще, когда у пациента имеется мутация JAK2V617F.

Выводы. Анализ значимости и выявленные особенности функционирования системы гемостаза при МПН определяют чрезвычайную актуальность совершенствования подходов к профилактике тромботических и тромбоэмболических осложнений. Несмотря на высокую эффективность антиагрегантов для профилактики, препаратов на основе гепарина и антагонистов витамина К для лечения тромбозов, перспективным направлением является внедрение в гематологическую практику современных прямых антикоагулянтов. При обосновании выбора и режимов дозирования антикоагулянтных препаратов должны учитываться специфические особенности гемостаза при различных МПН. В настоящее время на кафедре факультетской терапии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова ведется изучение и разработка подходов к применению эффективной тромбопрофилактики при МПН.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ПРИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Серебровская О.Л.

Областной центр по профилактике и борьбе
со СПИДом и инфекционными заболеваниями,
г. Челябинск

Цель. Изучить современные принципы этиотропной терапии прионных болезней.

Материалы и методы. Анализ результатов российских и зарубежных исследований по теме.

Результаты и обсуждение. Прионные болезни – это медленно инфекционное прогрессирующее поражение головного мозга, связанное с патологическими белками (прионами). Симптомы данных заболеваний преимущественно заключаются в прогрессирующей деменции. Прионные инфекции регистрируют во всех странах мира, до 1-15 случаев на миллион человек за год. Чаще, из-за длительного инкубационного периода, возникают после 30-40 лет. По данным ВОЗ, ежегодно регистрируется около 10 млн новых случаев деменции, до 60-70% из них приходится на болезнь Альцгеймера. Некоторые исследователи предполагают сходные механизмы развития прионных деменций, в том числе прионную причину болезни Альцгеймера.

Опубликованные в 2019 году результаты опытов этиотропного лечения прион-инфицированных мышей показали, что наблюдается терапевтический эффект от липосомно-малых интерферирующих РНК-пептидных комплексов (LSPCs) в виде нарушения репликации прионов в мозге у 90% подопытных, и увеличения их выживаемости (22% мышей).

Сходные результаты были получены при применении лентивирусов у грызунов интрацеребрально (выживаемость 24%); исследования продолжаются. Перспективным направлением считается изучение влияния искусственно созданных непатогенных прион-подобных белков, которые могут самораспространяться, при этом снижать репликацию инфекционных единиц, задерживая и подавляя нейродегенеративные процессы. Вероятно, одной инъекции молекулы будет достаточно для получения желаемого результата; предполагается, что анти-прион самовоспроизводится в организме, производя больше интерферирующих молекул. Существует концепция моноклональных антител, распознающих прионные соединения, ингибирующих их репликацию и задерживающих развитие болезни у животных. Описано влияние доксициклина на доклинической стадии прион-ассоциированной инфекции у подопытных зверей, предположен положительный профилактический эффект препарата на больных, являющихся носителями генов фатальной семейной бессонницы. Для данных пациентов с развившейся клиникой прием доксициклина позитивного результата не имел. В ряде экспериментов животные, получавшие гетерологичный прионный белок (бактериально экспрессированный и очищенный рекомбинантный прион-протеин хомяка), демонстрировали снижение прион-ассоциированной патологии, накопления ассоциированного прионного белка и замедленное начало клинических симптомов (включая двигательный дефицит), значительное увеличение среднего времени выживаемости по сравнению с контрольными животными.

Выводы. Таким образом, вследствие увеличения продолжительности жизни, ежегодного роста случаев деменции (по прогнозам ВОЗ, общее число людей с деменцией составит около 82 миллиона человек в 2030 году и 152 – к 2050 году), в том числе обусловленной прионными поражениями головного мозга, необходимость дальнейших исследований представляется перспективным направлением в науке.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ГИРУДИНОЗА

Серебровская О.Л.

Областной центр по профилактике и борьбе
со СПИДом и инфекционными заболеваниями,
г. Челябинск

Цель. Изучить проявления висцерального гирудиноза.

Материалы и методы. Анализ результатов зарубежных исследований по теме.

Результаты и обсуждение. Гирудиноз – заболевание человека и животных, связанное с нападением пиявок. Нозология распространена на территориях стран с тропическим климатом, в Европе, США, на территории бывшего СССР. Чаще заболевают мужчины молодого возраста, дети, пожилые люди. Инкубационный период зависит от локализации и вида возбудителя. Поражение ротоглотки и гортани проявляется изменениями голоса, осиплостью, лающим приступообразным кашлем, сухостью, чувством «комка в горле», першением. Нахождение пиявки внутри трахеи, нижних дыхательных путей вызывает нарастающие симптомы нехватки воздуха, одышку, при тяжелом течении пациенты принимают вынужденную позу для облегчения вдоха и выдоха, отмечают эпизоды кровохарканья и горлового кровотечения. При локализации в пищеводе возникают боли за грудиной, затруднения проглатывания пищи, тошнота, рвота с кровью. Гирудиноз ЖКТ практически сразу проявляются кровавыми рвотными массами, черным цветом кала либо прожилками крови в испражнениях. Поражение мочеполовой системы (уретры, влагалища, мочевого пузыря) манифестирует с появления кровянистых выделений из половых путей, болезненных ощущений в промежности, над лобком, красного цвета мочи. Наиболее опасными осложнениями гирудиноза считаются острая дыхательная недостаточность и асфиксия. При длительном нахождении в организме либо множественном поражении возникает тяжелая анемия, а у лиц с нарушениями свертывающей системы организма, а также среди пациентов, принимающих антикоагулянты, могут развиваться угрожающие жизни симптомы массивной потери крови. Пиявки могут стать причиной кишечной непроходимости, перфорации и перитонита. Возможно присоединение вторичной флоры, сепсис. Роль пиявок как источника либо способа передачи инфекций человеку четко не определена. В экспериментах показано сохранение в пиявках возбудителей брюшного тифа до 30-ти, паратифа В до 90 суток. При несоблюдении техники безопасности во время сеансов гирудотерапии животное может быть причиной инфицирования людей гемоконтактными болезнями.

Выводы. Таким образом, вследствие редкого выявления, нет необходимой настороженности, особенно в отношении групп риска, – путешественников, ветеринаров, работников водоканалов, профессиональных охотников, рыболовов. Необходимо повышать информированность медицинских работников о данной патологии.

ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ МАРКЕРОВ ВИРУСА ГЕПАТИТА В НА ПРИМЕРЕ ИММИГРАНТОВ В СЗФО

Серикова Е.Н.¹, Останкова Ю.В.¹, Семенов А.В.^{1,2}

¹Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Пастера,

²Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Цель. Проанализировать распространенность маркеров вируса гепатита В (ВГВ), в частности оккультной формы, на примере трудовых мигрантов в СЗФО.

Материалы и методы. В исследование были включены образцы плазмы/сыворотки крови 493 иностранных граждан, проходящих медицинское освидетельствование для получения разрешений на работу в Управлении по вопросам миграции СЗФО, которые были обследованы на присутствие диагностических маркеров ВГВ – серологических (HBsAg, анти-HBs, анти-HBcore IgG) и молекулярно-биологических (ДНК ВГВ).

Результаты и обсуждение. Мужчины и женщины в обследуемой группе представлены в равных соотношениях в возрастном диапазоне от 18 до 90 лет. Более 77% обследованных граждан принадлежали к 9 из 44 представленных стран, среди которых, Украина (n=124), Узбекистан (n=67), Казахстан (n=62), Беларусь (n=42), Молдова (n=25), Армения (n=21), Таджикистан (n=18), Азербайджан (n=13), Китай (n=12).

По результатам ИФА в обследованной группе выявлены: HBsAg+ – 2,4%, анти-HBs+ – 29,2%, анти-HBcore IgG+ – 16,4%, представленные в следующих комбинациях: HBsAg+ и анти-HBcore IgG+ – 2,0%, анти-HBs+ и анти-HBcore IgG+ – 9,5%. Серопозитивных пациентов по всем трем маркерам ВГВ не обнаружено. 75% всех HBsAg+ случаев в исследуемой группе приходится на граждан трех стран: Молдовы (12,0% внутри подгруппы), Таджикистана (11,1% внутри подгруппы), Узбекистана (6% внутри подгруппы). Маркер анти-HBcore IgG наиболее распространен среди лиц, прибывших из Таджикистана (50%), Киргизии (33,3%), Азербайджана (30,8%), Узбекистана (28,4%). На них приходится 43,2% всех анти-HBcore IgG-положительных образцов.

С использованием набора «АмплиСенс® HBV-FL» (ФБУН ЦНИИЭ), чувствительность 50 МЕ/мл, ДНК ВГВ выявили в 1,6% случаев. Методом выявления ДНК ВГВ в биологическом материале при низкой вирусной нагрузке на основе двухэтапной ПЦР,

разработанным в ФБУН «Санкт-Петербургский НИИ ЭМ имени Пастера», ДНК ВГВ детектирована еще в 7,3% случаев, таким образом, встречаемость ДНК ВГВ составила 8,9%. Из них 6,5% образцов относятся к скрытой (окультной, HBsAg-негативной) форме, которая определяется наличием ДНК ВГВ в печени и/или крови инфицированного при отсутствии поверхностного антигена гепатита В, что осложняет учет и эпидемиологический контроль. Вместе с тем сохраняется инфекционность и прочие риски, связанные с HBsAg-позитивной формой заболевания. Значительным потенциалом к распространению окультной формы заболевания обладают мигранты из стран не только Юга и Юго-Востока (Вьетнам, Молдова, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан), но и Северо-Запада (Латвия, Литва, Белоруссия).

Выводы. Продемонстрирована существенная распространенность серологических маркеров ВГВ в обследованной группе трудовых мигрантов. В связи с преобладанием HBsAg-негативной формы инфекции ВГВ, оценка распространенности вируса гепатита В требует применения современных высокочувствительных методов молекулярной диагностики, с целью контроля распространения гепатитов, в том числе укрепления стратегии РФ по элиминации вируса гепатита В.

НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ АРТРИТ. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

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

Научно-исследовательский институт
клинической и экспериментальной ревматологии
имени А.Б. Зборовского,
г. Волгоград

Пациенты с ранним периферическим артритом нередко не отвечают критериям конкретного заболевания и могут быть зарегистрированы как имеющие недифференцированный артрит (НДА). Диагноз НДА устанавливается 33-36% пациентов с впервые развившимся артритом, из них до 33-50% эволюционирует в РА, но у трети больных может наблюдаться спонтанная ремиссия. До настоящего времени нет единого подхода к терапии НДА, по рекомендациям EULAR при наличии симптомов артрита должно быть рассмотрено назначение НПВП.

Одним из наиболее назначаемых препаратов при патологии опорно-двигательной системы является ацеклофенак. Он обладает умеренной селективностью в отношении ЦОГ-2, что позволяет применять его в весьма широком спектре клинических случаев. Препарат обладает хорошей переносимостью и безопасностью в отношении ЖКТ, ССС и почек. Высокая эффективность этой лекарственной формулы доказана во многих как Российских, так и зарубежных клинических и эпидемиологических исследованиях. Учитывая современные тенденции по обеспечению импортозамещения, было проведено исследование первого отечественного дженерика ацеклофенака.

Цель исследования. Оценить эффективность дженерика ацеклофенака в терапии НДА.

Дизайн исследования. Пострегистрационное наблюдательное исследование.

Материалы и методы. Включено 60 пациентов (53 женщины и 7 мужчин) с диагнозом НДА согласно Hazlewood G.G., 2011 г. Они были рандомизированы в 3 группы: с полиартритом, олигоартритом и моноартритом. Средний возраст больных 50,82±13,21 лет, средняя длительность заболевания – 4,63±3,86 месяца. Исследование: все получали Аленталь (АО «Вертекс», Россия), 100 мг 2 раза в сутки, 3 недели, 4 визита.

Статистическая обработка: «STATISTICA 10.0 for Windows».

Результаты. Наилучший ответ на терапию отмечался в группах с моно- и олигоартритом: уровень ВАШ в 1-ой снизился на 69,3 мм и составил 6,0±5,07 мм (Z=3,4; p=0,00065), во 2-ой: 47,5 мм и 29,2±7,6 мм (Z=4,62; p<0,0001); в 3-ей 30 мм и 46,4±6,0 мм (Z=3,62; p=0,00029). Удовлетворенность терапией: у больных моноартритом: 80% больных и в 93% случаев врачи – высокая. В группе с олигоартритом: 53% и 39% – удовлетворительная, у 42% – хорошая. В группе с полиартритом: неудовлетворительный эффект – 24% и 29%; удовлетворительный – 74% и 64%. Отмечалась значительная динамика качества жизни по EQ-5D-5L (Z=6,735; p<0,0001): повышение мобильности, способности к самообслуживанию, ежедневной активности и уменьшение болевого синдрома/дискомфорта.

Нежелательные явления: жалобы на умеренную диспепсию – у 4 больных, незначительное повышение АлАТ, АсАТ – у 6; АД – у 1 пациента.

Выводы. Таким образом, наибольшая эффективность Ацеклофенака отмечается в группе больных НДА с моно- и олигоартритами, препарат обладает хорошей эффективностью, переносимостью и безопасностью и может быть рекомендован к применению для больных с НДА.

АУТОАНТИТЕЛА К ДОФАМИНОВОМУ РЕЦЕПТОРУ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

Симхес Ю.В., Карпов С.М.
Ставропольский государственный
медицинский университет,
г. Ставрополь

Болевые синдромы в нижней части спины (БНЧС) занимают ведущее положение в структуре обращаемости за медицинской помощью. В большинстве случаев БНЧС носят неспецифический характер и связаны со скелетно-мышечными расстройствами без признаков поражения спинномозговых корешков или серьезной патологией позвоночника. Наряду с биомеханическими нарушениями позвоночника, большой вклад в развитии нетрудоспособности, связанной с болью в спине, вносят психологические факторы. Экспериментальные работы последних лет указывают на изменения обмена дофамина при болевых синдромах. Помимо модуляции порогов болевых ощущений, дофамин влияет на эмоциональное переживание боли. В литературе имеются данные, указывающие на повышение уровня концентрации дофамина у пациентов с хроническими лицевыми, головными болями, невропатической болью и фибромиалгией.

Цель. Изучить особенности уровней аутоантител к дофаминовому рецептору второго типа в сыворотке крови пациентов с острым неспецифическим БНЧС и выявить связь с сопутствующими тревожно-депрессивными расстройствами.

Материалы и методы. Обследовано 84 трудоспособных пациента с острым неспецифическим БНЧС, обусловленным мышечно-тоническими проявлениями. Среди них 32 мужчины и 52 женщины (средний возраст составил 45,4±10,6 лет). 1-я группа сравнения включала 39 пациентов с длительностью болевого синдрома до 14 дней. 2-я группа состояла из 45 больных с продолжительностью обострения болевого синдрома более двух недель. Все пациенты поступали в неврологическое отделение в экстренном порядке с высокой степенью выраженности боли. Интенсивность боли оценивалась по визуальной аналоговой шкале и составила в среднем 8,2±1,05 баллов. Из исследования исключались пациенты с сопутствующей соматической патологией и известным повреждением нервной системы в анамнезе. До начала стандартного медикаментозного лечения в плазме крови определяли уровень аутоантител к дофаминовому рецептору второго типа (АТ к DR-2),

использовалась тест-система, разработанная в ООО НПО «Иммунотэкс». Для оценки наличия тревоги и депрессии использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

Результаты и обсуждение. Высокие значения АТ к DR-2 обнаруживались у 18 (46,2%) пациентов 1-ой группы, тогда как во 2-ой группе с более продолжительным обострением болевого синдрома уровни аутоантител превышали норму у 29 (64,4%) исследуемых ($p=0.045$). Среднее содержание АТ к DR-2 в 2-ой группе пациентов с длительным острым БНЧС составило 19,26±3.7 мкг/мл, что значительно превышало данный показатель у пациентов первой группы, средние уровни которой составили 10,5±1,4 мкг/мл (при $p=0.032$). У пациентов из 1-ой группы с продолжительностью боли менее 14 дней чаще выявлялись отсутствие тревоги и депрессии, по сравнению с пациентами из 2-ой группы с более длительной болью ($p=0.05$). Показатели депрессии различной степени выраженности преобладали среди лиц 2-ой группы. Проведенный однофакторный дисперсионный анализ выявил взаимосвязь депрессии с уровнем аутоантител к дофаминовому рецептору второго типа среди пациентов обеих групп сравнения ($p=0,005$).

Выводы. Таким образом, высокие уровни АТ к DR-2 обнаруживаются у многих пациентов с острым неспецифическим БНЧС, при этом они ассоциированы с депрессивными расстройствами. Полученные данные подтверждают вовлеченность иммунной системы в патогенез болевого синдрома и значимость аффективных нарушений в модуляции боли.

РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ И ПАТОЛОГИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Сиротко О.В., Сиротко В.В., Литвяков А.М.
Витебский государственный
медицинский университет,
г. Витебск, Республика Беларусь

Введение. Ревматоидный артрит (РА) является распространенным системным заболеванием с эрозивно-деструктивным поражением суставов среди населения трудоспособного возраста. Патология щитовидной железы имеет довольно широкое распространение, особенно в эндемических зонах с дефицитом йода. Так по данным статистики различными заболеваниями щитовидной железы страдают не менее 3% населения планеты. Ряд исследователей обращали внимание, на встречаемость заболеваний щитовидной железы у пациентов с ревматоидном

артритом. Но при этом в литературе отсутствует информация об особенностях патологии щитовидной железы при РА.

Цель работы. Изучение и анализ патологии щитовидной железы у пациентов с ревматоидным артритом.

Материалы и методы. Нами было выполнено комплексное лабораторно-инструментальное обследование 100 пациентов с ревматоидным артритом, у которых в сопутствующей патологии выявлено заболевание щитовидной железы. Среди них было 98 женщин (98%) и 2 мужчин (2%). Медиана возраста пациентов составила 58 лет (53-64). Медиана длительности течения РА 7 лет (4-15).

Результаты и обсуждение. Активность воспалительного процесса I степени была установлена у 15 (15%) пациентов с РА, II степени – у 68 (68%) пациентов, III степени – у 17 (17%) пациентов. У 2 (2%) пациентов была установлена 3 группа инвалидности, у 15 (15%) пациентов – 2 группа инвалидности, а у 2 (2%) пациентов – 1 группа инвалидности. Серопозитивный вариант РА имели 69 (69%) пациентов с РА. У 14 (14%) пациентов с РА были выявлены ревматоидные узелки. Оценка рентгенологических снимков пораженных суставов проводилась по Штейнброкеру. Так I рентгенологическая стадия была установлена у 1 (1%) пациента, II стадия – у 48 (48%) пациентов, а III стадия – у 41 (41%) пациента, а 4 стадия у 10 (10%) пациентов. У 2 (2%) пациентов был установлен 1 функциональный класс (ФК) нарушения функции суставов, у 88 (88%) пациентов – 2 ФК, 3 ФК – у 10 (10%) пациентов.

При выполнении ультразвукового исследования щитовидной железы у 71 (71%) пациентов был выявлен узловой зоб, у 11 (11%) пациентов диффузный зоб, у 3 (3%) пациентов смешанный зоб. Аутоиммунный тиреоидит был установлен у 28 (28%) пациентов. При оценке функционального статуса ЩЖ у 31 (31%) пациента был установлен гипотиреоз (снижение функции), у 69 (69%) пациентов – эутиреоз (нормальная функция). В 20% случаев узлового зоба и в 11% случаев АИТ был установлен гипотиреоз. Гипертиреоз (повышение функции) не был выявлен ни у одного пациента.

Среди 14 пациентов с РА с системными проявлениями в виде ревматоидных узелков, 10 (71%) пациентов имели узловой зоб, 4 (29%) пациента – АИТ, 1 (7%) пациент диффузный зоб.

Из 31 (31%) пациента с гипотиреозом 28 (28%) пациентов принимали з.г.т., которую назначил врач-эндокринолог по результатам анализов крови на гормоны. При этом 12 (12%) пациентов принимали эутирокс, а 16 (16%) пациентов – L-тироксин.

У 9 (9%) пациентов с РА и узловым зобом было выполнено хирургическое вмешательство в

связи с быстрым ростом узлов. У 1 (1%) пациента с РА с узловым образованием щитовидной железы оперативное лечение было связано с малигнизацией узлового образования щитовидной железы.

Выводы. У пациентов с ревматоидным артритом узловой зоб встречается достоверно чаще, чем АИТ и диффузный зоб. У пациентов с РА в сочетании с патологией щитовидной железы достоверно чаще встречается эутиреоз (69%), чем гипотиреоз (34%). Среди всех пациентов с РА гипертиреоз выявлен не был.

АЛГОРИТМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ СУСТАВНОМ СИНДРОМЕ

**Сиротко О.В., Сиротко В.В.,
Мороз О.К., Литвяков А.М.**
Витебский государственный
медицинский университет,
г. Витебск, Республика Беларусь

Введение. Заболеваниями опорно-двигательного аппарата страдает около 5-20% населения Земли, при этом они значительно снижают качество жизни пациентов, приводят к инвалидизации и потере трудоспособности. На сегодняшний день суставной синдром является доминирующим клиническим проявлением в дебюте большинства ревматических заболеваний, требующих ранней дифференциальной диагностики и адекватной терапии. Наиболее распространенными заболеваниями суставов среди лиц трудоспособного возраста являются остеоартрит (ОА), ревматоидный артрит (РА), реактивная артропатия (РеА), псориатическая артропатия. ОА является самым распространенным заболеванием суставов и встречается у каждого третьего пациента в возрасте от 45 до 65 лет и у 60-70% – старше 65 лет. РА занимает одно из ведущих мест в ряду ревматических болезней среди пациентов трудоспособного возраста, распространенность которого составляет 0,6-1,3%. Частота встречаемости РеА в структуре ревматических заболеваний разных стран колеблется от 8,6 до 41,1% в зависимости от региона, в то время как частота встречаемости ПсА в структуре ревматических заболеваний разных стран колеблется от 0,6 до 6%.

Учитывая современные возможно ультразвукового оборудования, актуальным является исследование, направленное на изучение ультразвуковых особенностей поражений суставов при ОА, РеА и РА.

Цель работы. Изучение ультразвуковой семиотики поражений суставов при остеоартрите, реактивном артрите и ревматоидном артрите для разработки критериев их дифференциальной диагностики.

Материалы и методы. Нами были обследованы 181 пациент ревматологического отделения УЗ «ВОКБ»: 104 пациента с РА, 55 пациентов с РеА, 50 пациентов с ПсА и 22 пациента с ОА. Среди пациентов с РА было 81 (77,9%) женщин, мужчин – 23 (22,1%), средний возраст составлял $38 \pm 12,1$ лет. Среди пациентов с РеА было 35 женщин и 20 мужчин, медиана возраста которых составила 31 год (18-47), медиана длительности течения РеА – $2,86 (0,07-29,0)$ мес. Среди пациентов с ПсА было 30 женщин и 20 мужчин, медиана возраста которых составила 38 лет (22-49), медиана длительности течения ПсА – 23 (1-42) мес. Среди пациентов с ОА было обследовано 15 женщин и 7 мужчин, медиана возраста которых составила 56,5 лет (43-61), медиана длительности течения ОА – 139 месяцев (12-360 месяцев).

Всем пациентам выполнялось комплексное клинично-лабораторное исследование: общий анализ крови, биохимический анализ крови, анализ крови на РФ, ЦИК, СРБ. Все пациенты с РеА на момент исследования или в анамнезе имели подтвержденную урогенитальную хламидийную инфекцию. Из инструментальных методов всем пациентам было выполнено рентгенографическое и ультразвуковое исследование коленных суставов.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью программа STATISTICA, Excel.

Результаты. В результате проведения ультразвукового исследования суставов у 22 пациентов (44 сустава) с остеоартритом нами были выявлены следующие ультразвуковые признаки поражения коленных суставов: уменьшение толщины хряща и сужение суставной щели 1 степени в 14 (31,8%) суставах, уменьшение толщины хряща и сужение суставной щели 2 степени в 22 (50%) суставах, уменьшение толщины хряща и сужение суставной щели 3 степени в 20 (45,6%) суставах; субхондральный остеосклероз и кистовидная перестройка кости выявлены в 42 (95,5%) суставах, неоднородность связки в 15 (34,10%) суставах, утолщение связки и микронадрывы в 1 (2,30%) суставе; единичные краевые остеофиты в 26 (59,1%) суставах, в 20 (45,50%) суставах – множественные; в 29 (65,9%) суставах обнаружен умеренный выпот.

В результате проведения ультразвукового исследования суставов у 104 пациентов (208 суставов) с РА нами были выявлены следующие ультразвуковые признаки поражения суставов: паннус с васкуляризацией синовия в 99,2% суставов; истончение си-

новия вне паннуса в 88% суставов; истинные эрозии воспаления суставной поверхности кости в 87,9% суставов; эрозии суставной поверхности кости от инвазивного роста паннуса выявлены в 99,2% суставах; эрозии воспаления под энтезом (локальный остеолиз) в 1,4% суставов; теносиновит обнаружен в 71% суставов при РА; энтезит в 3,8% суставов при РА; периартикулярный отек в 57% суставов; периартикулярный выпот – в 59% суставов при РА; периаэнтезиальный отек – в 1,4% суставов.

В результате проведения ультразвукового исследования суставов у 55 пациентов (110 суставов) с РеА нами были выявлены следующие ультразвуковые признаки поражения коленных суставов: выраженный синовит в 69 (62,7%) суставах, но при этом отсутствие патологической васкуляризации в проекции синовия; сужение суставной щели в 73 (66,4%) суставах, анкилоз в 7 (6%) суставах; неоднородное строение связки в 82 (75%) суставах, теносиновит в 20 (18%) суставах, утолщение энтеза в 89 (80,9%) суставах, гипозохогенность энтеза в 72 (65,5%) суставах, гиперэхогенные включения в проекции энтеза в 39 (36%) суставах; локальный остеолиз кортикального слоя кости в местах фиксации энтеза с формированием эрозивного поражения в 77 (70%) суставах, остеоит в 26 (23,6%) суставах; параэнтезиальный отек в 81 (74%) суставе, параэнтезиальный выпот в 49 (44,5%) суставах.

В результате проведения ультразвукового исследования суставов у 50 пациентов (100 суставов) с ПсА нами были выявлены следующие ультразвуковые признаки поражения коленных суставов: вторичный синовит в 70 (70%) суставах; отсутствие патологической васкуляризации в проекции синовия 100 (100%) суставов; сужение суставной щели в 73 (73%) суставах; неоднородное строение связки в 82 (82%) суставах; утолщение энтеза в 96 (96%) суставах, гипозохогенность энтеза в 89 (89%) суставах, кальцификация связок 65 (65%); формирование эрозивного поражения в 87 (87%) суставах; параэнтезиальный отек в 81 (81%) суставе, параэнтезиальный выпот в 69 (69%) суставах.

Выводы. На основании полученных результатов нами был разработан алгоритм ультразвуковой дифференциальной диагностики при суставном синдроме, который включает нижеприведенные критерии.

К статистически значимым ультразвуковым критериям поражений суставов при ОА относятся:

- отсутствие патологической васкуляризации в проекции синовия;
- сужение суставной щели;
- уменьшение толщины хряща;
- гиперэхогенные зоны субхондрального остеосклероза;

- кистовидная перестройка субхондральной кости;
- гиперэхогенные краевые разрастания – остеофиты.

К статистически значимым ультразвуковым критериям поражений суставов при РеА относятся:

- отсутствие патологической васкуляризации в проекции синовия;
- массивный (выраженный) синовит;
- сужение суставной щели;
- неоднородное строение связки;
- утолщение энтеза с гипо-, анэхогенными участками;

• локальный остеоит с остеолизом кортикального слоя кости в местах фиксации энтеза и формирование эрозий воспаления;

- параэнтезиальный отек.

К статистически значимым ультразвуковым критериям поражений суставов при РА относятся:

- паннус с патологической васкуляризацией в проекции синовия;
- истончение синовия вне паннуса;
- эрозии паннуса;
- истинные эрозии воспаления;
- периартикулярный отек мягких тканей, теносиновит;
- незначительный периартикулярный выпот.

К статистически значимым ультразвуковым критериям поражений суставов при ПсА относятся:

- энтезит;
- эрозий воспаления под пораженным энтезом;
- отсутствие патологической васкуляризации в проекции синовия;
- вторичный синовит;
- сужение суставной щели;
- параэнтезиальный выпот и /или отек
- кальфикация связок.

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА КОГНИТИВНУЮ ФУНКЦИЮ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Слюсарев А.С., Хачикян Н.С.,
Цымбалова Е.О., Овсянников Е.С.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Одной из серьезнейших проблем, стоящих перед современной медициной, является когнитивная дисфункция. Постепенная утрата социальных и тру-

довых навыков зачастую, в конечном счете, приводит к тяжелой инвалидизации. Известно, что у не имеющих инсульта в анамнезе пациентов, заболевания сердечно-сосудистой системы, ухудшающие мозговой кровоток, такие как фибрилляция предсердий (ФП) и эссенциальная артериальная гипертензия (АГ), играют немаловажную роль в формировании когнитивных нарушений.

Цель исследования. Оценить роль фибрилляции предсердий и артериальной гипертензии в развитии когнитивных расстройств у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ).

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе БУЗ ВО ВГКБСМП №1 (г. Воронеж). В нем приняли участие 60 пациентов (33 мужчин (55%) и 27 женщин (45%)) в возрасте от 45 до 70 лет, средний возраст составил $59,4 \pm 6$ лет. Формирование выборки (групп) проводилось в зависимости от наличия или отсутствия артериальной гипертензии и фибрилляции предсердий. Первая группа – мужчины и женщины без АГ и ФП ($n=15$), вторая – пациенты с АГ без нарушения ритма ($n=15$), третья – пациенты с изолированной фибрилляцией предсердий (персистирующая и постоянная формы), без АГ ($n=15$), четвертая группа – 15 человек с комбинацией ФП и АГ. Для оценки когнитивной функции был использован опросник самооценки памяти McNair & Kahn и Монреальской шкалы оценки когнитивных функций.

Результаты. В результате проведенного исследования было выявлено, что в группе пациентов с комбинацией ФП и АГ общий балл по Монреальской шкале достоверно снижен ($21,9 \pm 1,7$) в сравнении с контрольной группой ($26,5 \pm 1,3$). Интересно, что у пациентов с изолированной ФП балл ($25,8 \pm 1,1$) практически сопоставим с контрольной группой ($26,5 \pm 1,3$), в отличие от больных с изолированной АГ ($23,1 \pm 1,6$), где результат снижен, но не так выражено, как в группе с сочетанной патологией. Было выявлено значительное снижение показателей у пациентов с изолированной АГ ($3,8 \pm 0,9$) по сравнению с контрольной группой пациентов ($5,4 \pm 0,8$). Наиболее низкие показатели были определены у пациентов с комбинацией АГ и ФП ($3,6 \pm 1,0$). У пациентов с изолированной ФП балл был снижен незначительно по сравнению с контрольной группой ($4,9 \pm 0,8$). При оценке показателей абстрактного мышления и зрительно-конструктивной деятельности была выявлена схожая зависимость: наибольшее снижение показателей у пациентов с изолированной АГ ($1,5 \pm 0,5$ и $4,0$ ($4,0$; $5,0$)) и комбинацией АГ и ФП ($1,3 \pm 0,7$ и 2 ($2,0$; $3,0$)), у пациентов с изолированной ФП ($1,6 \pm 0,5$ и 4 ($4,0$; $5,0$)) по сравнению с контрольной группой ($2,0 \pm 0,2$ и 5 ($5,0$; $5,0$)) показатели были снижены в меньшей

степени. Нарушение памяти наблюдалось у пациентов с изолированной АГ (45 (44; 46) баллов при норме 43 и меньше) и в большей степени у пациентов с комбинацией АГ и ФП (47 (45; 48) баллов). При этом у пациентов с изолированной ФП память не была нарушена (41 (40; 43) балл), как и у контрольной группы пациентов (35 (32; 38) баллов).

Выводы. Степень когнитивных нарушений значительно выше у пациентов с изолированной АГ по сравнению с пациентами без АГ. Выраженность нарушений прямо пропорциональна степени и длительности АГ. Присоединение ФП у пациентов с АГ значительно ухудшает показатели когнитивных функций.

ПАРАМЕТРЫ ЭХО-КАРДИОСКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ДЕФИЦИТОМ ЖЕЛЕЗА

Смирнова М.П., Чижов П.А.
Ярославский государственный
медицинский университет,
г. Ярославль

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является осложнением многих сердечно-сосудистых заболеваний, а коморбидная патология значительно утяжеляет течение ХСН. Анемия и дефицит железа (ДЖ) встречаются, по данным разных исследований, у 5-60% пациентов с ХСН. ДЖ у больных с ХСН, даже при отсутствии анемии, ассоциируется со снижением толерантности к физической нагрузке, ухудшением качества жизни, увеличением частоты декомпенсаций и госпитализаций. Влияние ДЖ и анемии на показатели ЭХО-кардиоскопии у пациентов с ХСН изучено недостаточно.

Цель исследования. Оценить параметры ЭХО-кардиоскопии (ЭХО-КС) у пациентов с ХСН в зависимости от наличия анемии и ДЖ.

Материалы и методы. Проведено обследование 235 больных, 59 мужчин (М) и 176 женщин (Ж) с ХСН разного функционального класса (ФК), средний возраст 71,29±8,06 года. У всех больных проводили тест 6-минутной ходьбы для оценки ФК ХСН, определяли содержание гемоглобина (HGB), а также уровень железа (Fe) в мкмоль/л, ферритина (FER) в мкг/л, трансферрина (TRF) в г/л в сыворотке крови фотометрическим методом по конечной точке. Процент насыщения трансферрина железом (STRF) рассчитывали по формуле: $STRF = (Fe \text{ сыворотки, мкмоль/л} \times 398) / \text{трансферрин, мг/дл, в \%}$. ДЖ диагностировали при снижении $FER < 100$ мкг/л или

$FER 100-300$ мкг/л при $STRF < 20\%$. Всем обследованным проводили ЭХО-КС на аппарате экспертного класса GE Vivid-7 в трех режимах по стандартной методике. Оценивали размеры левого предсердия (ЛП), конечно-диастолический (КДР) и конечный систолический размеры (КСР) в мм, ударный объем (УО) в мл, толщину межжелудочковой перегородки (МЖП) и задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ) в мм, фракцию выброса (ФВ) в %, размеры правого желудочка (ПЖ) в мм, систолическое давление в легочной артерии (СДЛА) в мм рт.ст. Сократительную способность оценивали в режиме тканевой доплерографии по скорости движения фиброзных колец митрального (SMK) и трикуспидального клапана (STK) в м/с.

Результаты. У 75 (32%) пациентов диагностирован 2ФК ХСН по NYHA, у 114 (48%) – 3ФК, 46 (20%) – 4ФК. Анемия, согласно критериям ВОЗ, была выявлена у 56 пациентов (23 М и 33 Ж). ДЖ диагностирован у 123 пациентов (18 М и 105 Ж). 56 (24%) обследованных (20 М и 36 Ж) не имели признаков ДЖ и анемии. В группе обследованных с ДЖ в целом при сравнении с лицами без ДЖ достоверно ($p < 0,05$) больше размер ПЖ и СДЛА. Такие же отличия выявлены в подгруппе М с ДЖ. Кроме того, в подгруппе М с ДЖ также установлено снижение сократимости ПЖ по STK ($p < 0,05$). При сравнении пациентов без ДЖ в возрасте 45-69 лет (28 человек) с группой больных 70-83 лет (28 пациентов) различий в указанных показателях не отмечалось. У лиц с ДЖ в возрасте 70-83 года (103 человека) при сравнении с лицами с ДЖ 45-69 лет (58 больных) установлено достоверное увеличение СДЛА и снижение SMK и STK. У лиц с анемией по сравнению с лицами без ДЖ отмечалось достоверное ($p < 0,05$) увеличение размеров ЛП и ПЖ, снижение ФВ, повышение СДЛА и снижение сократительной способности по SMK и STK. У пациентов с анемией по сравнению с группой с ДЖ достоверно больше размеры ЛП и СДЛА и меньше ФВ и SMK. У Ж с анемией выявлено достоверное увеличение ЛП и СДЛА по сравнению с Ж без ДЖ ($p < 0,05$). У М с анемией также наблюдалось увеличение ЛП, ПЖ и СДЛА и снижение STK ($p < 0,05$). При сравнении пациентов с анемией в возрасте 45-69 лет (22) с группой 70-83 лет (34) различий исследованных показателей не выявлено.

Выводы. ДЖ отмечается у 68%, анемия – у 26% обследованных с ХСН. Развитие ДЖ у пациентов с ХСН характеризуется увеличением размеров ЛП, ПЖ и СДЛА и снижением сократительной способности ЛЖ и ПЖ, ухудшая переносимость физических нагрузок. Прогрессирование ДЖ с развитием анемии сопровождается дальнейшим ухудшением данных показателей.

ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК

Смирнова Н.Д., Максимова И.Д.,
Горелов П.А., Григорьева Е.В.

Саратовский государственный медицинский
университет имени В.И. Разумовского,
г. Саратов

Хроническая болезнь почек (ХБП) – важная медицинская и социальная проблема современного здравоохранения. Ежегодно увеличивается количество пациентов с терминальной стадией ХБП. Гемодиализ (ГД) и перитонеальный диализ (ПД) – основные методы заместительной почечной терапии (ЗПТ). Техника проведения процедур ГД и ПД, иммунодефицитное состояние, коморбидность, особенности метаболизма пациентов с 5 стадией ХБП – все это создает благоприятные условия для развития инфекционных осложнений (ИО), которые занимают 2 место среди причин летальности у диализных больных.

Цель исследования. Оценить частоту встречаемости, причины, исходы ИО у диализных пациентов.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 885 историй болезни диализных пациентов, находившихся в отделении нефрологии ГУЗ «Областная клиническая больница» (г. Саратов) в 2016-2019 гг. Возрастные группы: 20-39 лет – 18,8%, 40-59 лет – 43,2% и старше 60 лет – 38%. Методы ЗПТ: 87,7% – программный ГД, 4% – ПД, 8,3% – исходно получали ПД с переходом на ГД.

Результаты и обсуждение. Причины развития 5 стадии ХБП: хронический гломерулонефрит – 26%, сочетание СД и АГ – 13,1%, гипертоническая нефропатия – 9,8%, поликистоз почек – 8,9%, диабетическая нефропатия – 6,3%, хронический пиелонефрит – 6,1%, токсическая нефропатия – 5%, мочекаменная болезнь – 4,8%, другие причины – 20%.

ИО были выявлены у 103 пациентов (11,6%). Структура ИО: катетер-ассоциированная инфекция кровотока (КАИК) – 71 (68,9%), сепсис – 10 (9,7%), диализный перитонит – 10 (9,7%), нозокомиальная пневмония – 5 (4,9%), инфекционный эндокардит – 3 (2,9%), туннельная инфекция перитонеального катетера – 2 (1,9%), пиелонефрит и инфекционный миокардит – по 1 (1%) пациенту. Длительность ЗПТ: меньше 6 месяцев – 63,1%, до года – 18,5%, до 5 лет – 13,6%, более 5 лет – 4,8% пациентов. ИО чаще встречались у больных старше 40 лет (43,7%) при длительности ЗПТ менее 6 месяцев (63,1%).

Антибактериальная терапия (АБ) проводилась всем пациентам: цефалоспорины 3-4 поколе-

ний, фторхинолоны 2-3 поколений, гликопептиды и метронидазол. Бактериологический анализ крови (БАК) выполнялся у половины пациентов (54,4%), только у 25,3% из них получены положительные результаты. Средняя продолжительность АБ терапии 15 дней.

ИО были купированы у 96 (93,2%) пациентов. В 7 (6,8%) случаях наступил летальный исход: сепсис – 5, КАИК – 2. Среди умерших пациентов у 4 (57,1%) длительность ЗПТ была менее 6 месяцев.

Выводы. ИО были выявлены у 11,6% диализных пациентов. Чаще встречались КАИК и сепсис, что отражает гематогенный путь проникновения возбудителя.

Выявлен более высокий процент ИО при длительности ЗПТ менее 6 месяцев, что вероятно связано с проведением ЗПТ через временный сосудистый доступ.

Летальность среди пациентов с ИО составила 6,8%, что ниже среднего показателя по стране (8,1%).

БАК выполнялся у половины пациентов (54,4%), несмотря на наличие показаний, только у 25,3% из них получены положительные результаты. БАК – обязательный метод диагностики у длительно лихорадящих больных с целью установления возбудителя и выбора рациональной АБ терапии. Также следует подчеркнуть важность соблюдения техники забора материала для выделения возбудителя.

Важно помнить о соблюдении профилактических мер для снижения риска развития ИО у диализных больных, о необходимости динамического наблюдения за пациентами с 4-ой стадией ХБП для своевременного формирования постоянного сосудистого доступа.

ПРИМЕНЕНИЕ ИБАНДРАНАТА И ВИТАМИНА Д У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК III СТАДИИ

Собиров М.А., Скосырева О.В., Маркушина А.П.

Ташкентский государственный
стоматологический институт,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучить в сравнительном аспекте влияние ибандраната и 25 (ОН) вит Д на показатели остеопороза у больных ХБП III.

Материал и методы исследования. В исследование вошли 38 больных с клинически верифицированным диагнозом ХБП III стадии (рСКФ по креатинину 30-59мл/мин/м²). К началу исследования

все больные принимали стандартную базисную терапию ХБП (ИАПФ, бета-блокаторы, антиагреганты, кето-кислоты, антиоксиданты). Дополнительно к этому 18 больных, которые составили 1 группу, получали ибандронат натрия по 150 мг (1 таблетка) 1 раз в месяц, другие 20 больных (2 группа), кроме ибандроната натрия в той же дозе, принимали 25 (ОН) вит Д – вигантол в стартовой дозе по 8 кап./сут. Для оценки влияния лечения ибандронатом и вигантолом изучались лабораторные маркеры остеопороза в контрольные сроки – 30, 90 и 120 дни.

Результаты исследования и обсуждение.

Как показали результаты нашего исследования, у всех больных до начала проведения коррекции маркеры остеопороза были значительно повышены и составили в среднем: остеокальцин – $65,6 \pm 2,63$ нг/мл ($p < 0,001$), паратгормон – $156,8 \pm 13,65$ пг/мл ($p < 0,001$), кальций – $2,65 \pm 0,56$ ммоль/л ($p < 0,001$), фосфор – $2,19 \pm 0,36$ ммоль/л ($p < 0,001$), щелочная фосфатаза – $208,60 \pm 10,35$ ед/л ($p < 0,001$), 25 (ОН) вит Д – $18,2 \pm 1,1$ нг/мл ($p < 0,001$ соответственно, что свидетельствовало о выраженном нарушении метаболизма костной ткани и проявлении остеопороза.

На 30 день наблюдения эти показатели не претерпели достоверных изменений в обеих группах. Контроль уровня маркеров остеопороза через 90 дней комплексной терапии продемонстрировал в обеих группах достоверное снижение уровней остеокальцина, паратгормона, кальция, фосфора и щелочной фосфатазы, однако, более значимое у больных 2 группы, особенно кальция и фосфора. У них же концентрация 25 (ОН) вит Д достигла нижней границы нормальных значений. Спустя 4 месяца от начала наблюдения динамика маркеров остеопороза свидетельствовала о дальнейшем снижении этих же показателей, при этом, концентрация кальция и фосфора у больных 2 группы достигла субнормальных величин, а уровень 25 (ОН) вит Д у них позволила снизить его дозу до 4 кап./сут. При этом, сочетанное использование его с 25 (ОН) вит Д в виде вигантола приводит к значительно более выраженной положительной динамике маркеров остеопороза. Разницу в динамике лабораторных данных в группах можно объяснить регулирующим влиянием витамина Д на фосфорно-кальциевый метаболизм, что позволяет скорректировать дисбаланс в параметрах, характеризующих состояние остеогенеза.

Вывод. Как показало наше исследование, применение в комплексной терапии больных ХБП III стадии бифосфоната ибандроната натрия положительно влияет на состояние минерального обмена, однако, его сочетание с 25 (ОН) вит Д (вигантол) приводит к значительно более выраженной положительной динамике изученных параметров.

В связи с этим, включение в стандартную терапию больных ХБП III ибандроната натрия и вигантола является эффективной схемой коррекции нарушений в метаболизме костной ткани, а, учитывая важную патогенетическую роль таких нарушений в прогрессировании ХБП и частоте сердечно-сосудистых осложнений, необходимо при разработке тактики нефро- и кардиопротективной терапии включать в лечение бифосфонаты и препараты витамина Д, что будет способствовать отдалению терминальной стадии ХБП.

ВЛИЯНИЕ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Соин П.В., Мазуренко С.О.

Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить сходство изменений сердечно-сосудистой системы у больных, получающих заместительную почечную терапию и пациентов старшей возрастной группы с сохранной функцией почек.

Материалы и методы. Более 70 пациентам мужского и женского пола в возрасте от 20 до 70 лет, получающих заместительную почечную терапию гемодиализом, выполнено эхокардиографическое исследование, исследование скорости распространения пульсовой волны в аорте, также оценен лабораторный статус (уровень гемоглобина, ферритина, коэффициента насыщения трансферрина, кальция, фосфора, альбумина, паратгормона, СРБ, сывороточного уровня витамина Д). Зафиксированы дозы активных форм витамина Д, эритропоэтина и препаратов железа. Параллельно проводится эхокардиографическое и исследование скорости распространения пульсовой волны в аорте у больных старше 50 лет с нормальной функцией почек и отсутствием известных хронических заболеваний сердца.

Обсуждение. Течение ХБП осложняется развитием минеральных и костных нарушений, в то же время у пожилых выявляется остеопороз и повышается частота переломов. Метаболические нарушения также сопровождаются недостаточностью или дефицитом витамина Д. Подобные нарушения, с меньшей частотой, наблюдаются и у пожилых. Известно о повышении скорости распространения пульсовой волны в аорте, связанной с повышением сосудистой

жесткости. Данные изменения с большей частотой встречаются как у пожилых, так и у больных с почечной недостаточностью. Также изменения сосудистой стенки представлены утолщением комплекса интима-медиа и эндотелиальной дисфункцией. У больных с ХБП отмечается высокая распространенность диастолической дисфункции левого желудочка, а также увеличения объема левого предсердия. Частота подобных нарушений, выявленная у лиц старшей возрастной группы также высока.

Обращает на себя внимание распространенность ремоделирования миокарда как у больных с ХБП, так и пожилых. Ремоделирование сердца при ХБП, главным образом, представлено, гипертрофией левого желудочка, дилатацией желудочков, а также миокардиальным фиброзом. Несмотря на различные подходы в оценке изменений миокарда у пожилых, в настоящее время не вызывает сомнения высокая распространенность концентрического ремоделирования в данной группе. Следует отметить, что описанные выше изменения сопровождаются рядом метаболических изменений, в частности у больных получающих заместительную почечную терапию выделен синдром «мальнутриция- воспаление- атеросклероз».

Выводы. Учитывая определенную схожесть поражения сердечно-сосудистой системы, высокую частоту метаболических нарушений, хроническую болезнь почек возможно рассматривать как клиническую модель преждевременного старения.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ В СОЧЕТАНИИ С ПРЕПАРАТАМИ ВИТАМИНА D НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СОСУДИСТОГО РУСЛА У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Соловей С.П., Затолока Н.В., Колядко М.Г.
Республиканский научно-практический центр
«Кардиология»,
Минск, Республика Беларусь

Наиболее частые поздние осложнения климактерического периода у женщин представлены ишемической болезнью сердца (ИБС) и остеопорозом (ОП). Наличие доклинических признаков нарушений в сердечно-сосудистой системе и костной ткани требуют проведения ранней коррекции с целью предупреждения данных заболеваний. Ключевыми лекарственными средствами первичной

профилактики ИБС являются ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы – статины. Известно также, что дефицит витамина D сопровождается активацией системного сосудистого воспаления и может способствовать раннему развитию атеросклероза, лежащему в основе ИБС. С этих позиций представляет интерес оценка влияния статинотерапии в сочетании с приемом витамина D, назначаемого в качестве средства профилактики ОП, на динамику субклинического атеросклероза у женщин в период менопаузальной гормональной перестройки.

Цель исследования. Оценить влияние приема статинов в сочетании с коррекцией уровня витамина D в крови на выраженность признаков субклинического атеросклероза по данным дуплексного сканирования периферических артерий и аорты у женщин в климактерическом периоде.

Материал и методы. Под наблюдением находились женщины 45-60 лет в перименопаузе с отсутствием ИБС и ОП, но с наличием риска развития данных заболеваний. Хирургическая менопауза, контрацепция, менопаузальная гормональная терапия, причины развития вторичного ОП являлись критериями исключения. У всех регистрировались повышенный уровень холестерина и низкое содержание витамина D в крови. Назначение статинов (розувастатин 5-20 мг) с достижением целевого значения холестерина проводилось с учетом величины индивидуального сердечно-сосудистого риска. Для нормализации и поддержания уровня витамина D в крови в пределах 30-60 нг/мл применяли препарат Девит по схеме, коррекция уровня кальция осуществлялась посредством диеты, обогащенной кальций-содержащими продуктами. Лица, изъявившие согласие, составили 1 группу наблюдения (24 чел.). По этическим соображениям создание группы приема плацебо не представлялось возможным. Группа 2 – только с коррекцией уровня витамина D и кальция (26 чел.), а также группа 3 – без какого-либо вмешательства (26 чел.) сформировались спонтанно в процессе наблюдения при отсутствии приверженности к лечению. Длительность наблюдения – 24 месяца с контрольными обследованиями через 1, 2, 6 и 12 месяцев. Дуплексное исследование сосудов проводилось на аппарате «Vivid 7 Dimension» (GeneralElectric, США).

Результаты и обсуждение. Выявлены признаки атеросклеротических бляшек (АСБ) в экстракраниальных артериях, аорте и артериях подвздошно-бедренной зоны, частота встречаемости которых была различной, но достоверно большей в 1 группе лиц. Однако спустя 1 год лечения только у женщин этой группы новые АСБ в исследуемых сосудистых зонах не выявлялись, в 42,9% случаев

происходил регресс стенозирования, а возрастание степени стеноза (максимально на 8%) отмечалось лишь в 21,4% случаев. В то же время в двух других группах отмечалась сходная между собой тенденция к росту количества АСБ в различных сосудистых бассейнах и не обнаруживалось регресса атеросклеротических изменений.

Выводы. Позитивные изменения на фоне антиатеросклеротической терапии можно объяснить направленностью действия лекарственного средства, а также относительно молодым возрастом участвующих, с наличием у ряда из них полуциркулярных некальцифицированных еще АСБ, что способствовало регрессу при регулярном длительном приеме статинов в целевых дозах.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПОСОБОВ ПОВЫШЕНИЯ КОМПЛАЕНТНОСТИ ПРИ ЭРАДИКАЦИИ НР-ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЮ

Соловьев М.В., Сорокин Н.В.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Уточнить эффективность различных способов вербальной мотивации пациентов в отношении приверженности к эрадикационной терапии и результатов эрадикации хеликобактерной инфекции.

Материал и методы. Обследовано 68 амбулаторных пациентов с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта (хроническим гастродуоденитом, язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки) в возрасте 26-73 лет, средний возраст 46 ± 4.8 лет. Все пациенты характеризовались наличием в клинической картине типичного эпигастрального болевого синдрома и/или желудочной диспепсии, диагноз воспалительно-дистрофического и/или эрозивно-язвенного поражения верхних отделов ЖКТ был подтвержден стандартным комплексным обследованием, в том числе эндоскопическим и гистологическим. Наличие хеликобактерной инфекции устанавливалось по результатам как минимум одного из валидизированных тестов (быстрый уреазный дыхательный тест, гистопатологическое исследование биоптата слизистой желудка, 13С-уреазный дыхательный тест, анализ кала на антиген либо ДНК НР в кале). Эрадикационная терапия назначалась в соответствии с рекомендациями консенсуса Маастрихт IV

(с 2011 г. по 2016 г.) и Маастрихт V (с октября 2016 г. по 2019 г.). Методом конвертов испытуемые были рандомизированы на две группы: I группа (n=33) получала комплексную гармонизированную информацию относительно преимуществ и недостатков антихеликобактерного лечения, внимание пациентов II группы (n=35) акцентировали на негативных перспективах отказа либо недостаточно тщательного следования врачебным назначениям относительно антихеликобактерной терапии. Контрольное исследование наличия НР-инфекции осуществлялось неинвазивно через 1,5-2 месяца после начала терапии посредством выполнения анализа кала на антиген НР либо 13С-УДТ. Степень комплаентности и результаты эрадикации учитывали в ходе повторного визита через 2 месяца либо контрольного телефонного звонка. Приверженность терапии оценивалась посредством учета отношения фактически принятого препарата к должному, признавалась удовлетворительной при достижении уровня 80%.

Результаты и обсуждение. В контрольные сроки исследователям доступна информация о результатах лечения НР-инфекции у 61 пациента (93%) (группа I – 32 больных, группа II – 29 пациентов). В группе I эрадикация НР по результатам неинвазивных тестов достигнута в 21 случае (66%), в группе II – у 27 человек (93%), $p < 0,05$. В I группе комплаентность составила 79,4%, часть пациентов (n=8) самостоятельно модифицировали схему эрадикационной терапии (уменьшение ее длительности, замена либо отказ от применения одного или нескольких компонентов). Во II группе уровень приверженности к терапии достиг 95,8%, статистически значимо отличаясь от показателей I группы ($p < 0,05$), модификации схемы эрадикационной терапии не наблюдалось. Главной причиной неполного соблюдения рекомендаций врача во II группе было недостаточное количество таблетированных препаратов в упаковке. Побочные эффекты наблюдались у 23 пациентов (38%, в I группе – у 13 пациентов, в группе II – у 10 наблюдаемых), в большинстве случаев не потребовали отмены препаратов. Два пациента досрочно прекратили прием препаратов из-за развития выраженных побочных эффектов в виде тошноты и рвоты, один – ввиду развития антибиотик-ассоциированной диареи.

Выводы. Вербальное акцентирование со стороны врача в процессе общения с пациентами с НР-ассоциированными заболеваниями верхних отделов ЖКТ на негативных последствиях низкой приверженности к терапии значимо по сравнению со стандартной методикой повышает комплаентность больных и частоту эрадикации *Helicobacter pylori*.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕТЯЖЕЛЫМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Соловьев М.В., Сорокин Н.В.,
Гордиенко А.В., Крипак О.Н.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить характер течения заболевания после достижения ремиссии, степень и причины модификации поддерживающей терапии у пациентов с нетяжелым язвенным колитом (ЯК).

Материал и методы. Под наблюдением специалистов-гастроэнтерологов клиники госпитальной терапии (до 2005 г. – клиники общей терапии №2) с 2000 г. по 2020 г. находились 212 пациентов с язвенным колитом легкой и средней тяжести (MMDAI в период последнего обострения 4-9 баллов) в возрасте 18-79 лет (средний возраст $47,5 \pm 3,4$ лет). Во все случаях (100%) диагноз был установлен на основании типичной клинической картины, подтвержден эндоскопически (в 100% случаев) и гистологически (у 198 пациентов, 93,4% обследованных). В ходе лечения у 194 пациентов (91,5%) была достигнута клинико-эндоскопическая ремиссия заболевания. В процессе динамического наблюдения определялся текущий клинический статус язвенного колита (обострение/ремиссия), частота обращений за медицинской помощью в течение 3 лет с момента индексной госпитализации либо первичного амбулаторного обследования и лечения, наличие рекомендаций относительно поддерживающей терапии, характер фактической постинициальной терапии, полнота выполнения врачебных рекомендаций, потребность в стационарном лечении.

Результат. Всем 194 (100%) пациентам были даны рекомендации по терапии поддержания ремиссии с использованием различных препаратов 5-АСК (сульфасалазин, месалазин), однако у 68 (35,1%) пациентов они не вполне соответствовали приведенным в действующих руководящих документах (клинических рекомендациях, протоколах и пр.), главным образом, в сторону уменьшения как суточной дозы, так и продолжительности применения лекарственных средств. Фактический срок применения препаратов у большинства пациентов (138 человек, 71,1%) не превышал 4 месяцев, в последующем пациенты принимали препараты в режиме «по требованию», при возобновлении клинических проявлений заболевания. Рекомендованные контрольные осмотры специалистов-гастроэнтерологов не посетили 93

(47,9%) пациента, главным образом, по личным обстоятельствам и с учетом удовлетворительного самочувствия (отсутствия клинически значимых диареи, гематохезии). В течение 3 лет с момента индексной госпитализации клинически выраженное обострение ЯК развилось у 28 (14,4%) больных, послужило причиной обращения за медицинской помощью 12 пациентов, потребовало стационарного лечения в 7 случаях. Начинающееся обострение ЯК пациенты купируют в большинстве своем (16 из 28, 57,1%) самостоятельно, используя ранее эффективные схемы применения лекарственных средств как перорально, так и ректального пути введения, включая глюкокортикостероидные препараты системного и топического действия.

Выводы. Адекватно проведенная стартовая терапия язвенного колита нетяжелого течения, завершившаяся достижением клинико-эндоскопической ремиссии, является залогом относительно благоприятного течения заболевания в большинстве (85,6%) случаев в среднесрочной (на протяжении 3 лет) перспективе. При этом более трети пациентов получают рекомендации по поддержанию ремиссии, не вполне соответствующие последним достижениям в данной научной области. Приверженность пациентов рекомендованной поддерживающей терапии в периоде ремиссии нетяжелого язвенного колита является низкой, что, однако, не сопровождается значимым увеличением частоты госпитализаций данной категории пациентов в ранние сроки (до 3 лет) от индексного события. Отдаленные последствия подобного положения дел, с учетом возможного развития осложненного течения заболевания, в том числе малигнизации, нуждаются в дальнейшем уточнении.

ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА. ВНУТРИГОСПИТАЛЬНАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ. ДАННЫЕ АНАЛИЗА РАБОТЫ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЗА 6 ЛЕТ

Соловьева М.В., Болдуева С.А.

Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Число пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) и фибрилляцией предсердий (ФП) увеличивается с каждым годом. Эти больные представляют группу наиболее высокого риска и, соответственно, требуют особого внимания клиницистов.

Цель. Оценить демографическую структуру группы больных с ИМ, в т.ч. с ИМ и ФП, встречаемость различных форм ФП среди больных с ИМ, распространенность различных типов ИМ, в том числе у больных с ФП, внутригоспитальную летальность среди больных с ИМ и с сочетанием ИМ и ФП.

Методы. Анализ историй болезни пациентов с ИМ, патологоанатомических протоколов умерших больных с ИМ за период с 2013 по 2018 год.

Результаты. В период с 2013 по 2018 гг. (включительно) в кардиологическом отделении СЗГМУ им. И.И. Мечникова было зарегистрировано 1663 случая ИМ. Среди них 61,3% мужчин, 38,7% женщин. Средний возраст пациентов с ИМ составлял 67 ± 13 лет. В 92% ИМ были 1 типа, ИМ 2 типа встречался в 6,6% случаев. ФП имела место у 310 пациентов, что составило 18,6% от общего числа пациентов с ИМ. Причем, ФП в анамнезе встречалась чаще (11,1% от общего числа ИМ), чем впервые зарегистрированная. Больные с ИМ и ФП были старше (средний возраст 75 ± 10 лет), среди них было больше женщин (52,3%), они имели более тяжелый коморбидный фон. Среди пациентов с впервые возникшей ФП преобладала пароксизмальная форма (89,1%). У лиц с ИМ и предсуществующей ФП в 45,6% случаев была постоянная форма, в 39,7% – пароксизмальная, в 14,7% – персистирующая. У пациентов с ФП чаще встречались ИМ 1 типа (78,4%), ИМ 2 типа были в 20,3% случаев. Обращает внимание тот факт, что на долю пациентов с ФП приходилось 57,8% всех ИМ 2 типа. В период с 2013 по 2018 гг. было зарегистрировано 11 случаев эмбологенного ИМ, что составило 0,7% от общего числа пациентов с ИМ. Согласно критериям SUITA, диагноз был вероятным в 7 случаях, доказанным в 4. В большинстве случаев ($n=7$) эмбологенные ИМ были ФП-ассоциированными. Коронарная эмболия чаще встречалась у пациентов с предсуществующей ФП ($n=6$), реже – при впервые зарегистрированной ФП ($n=1$), и всегда – в отсутствие антикоагулянтов или при недолжном контроле МНО на фоне варфарина. Внутригоспитальная кардиальная смертность у всех пациентов с ИМ (включая пациентов с ФП) составила 8,9%, у пациентов с ИМ и ФП – 18,1%. Наиболее частыми причинами внутригоспитальной смертности у пациентов с ИМ были острая левожелудочковая недостаточность, асистолия (60,8%), фибрилляция желудочков (12,8%), разрыв миокарда (7,4%); у пациентов с ИМ и ФП – острая левожелудочковая недостаточность, асистолия (64,3%), фибрилляция желудочков (14,3%).

Выводы. Таким образом, ФП встречается у 18,6% пациентов с ИМ, в большинстве случаев – предсуществующая ФП. Пациенты с ФП и ИМ старше, среди них больше женщин. В основном – ИМ 1 типа.

На долю пациентов с ФП приходится 57,8% всех ИМ 2 типа, большинство эмбологенных ИМ. Пациенты с ИМ и ФП составляют группу высокого риска. Внутригоспитальная смертность среди них – 18,1%.

НЕСТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ И ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР

Солодовникова С.В., Шпигун Н.В.,
Данилова О.И., Литвяков А.М.

Витебский государственный ордена
Дружбы народов медицинский университет,
г. Витебск, Республика Беларусь

Цель исследования. Изучить морфо-функциональные параметры сердца и липидный спектр крови у пациентов с нестабильной стенокардией (классификация по Браунвальду) при прогрессировании недостаточности кровообращения.

Материалы и методы. Обследовано 197 пациентов ИС (128 мужчин и 69 женщин), госпитализированных в отделение кардиологии ВОКБ за период с 2011 по 2019 год, средний возраст – $58,5 \pm 2,3$ лет. Все пациенты были разделены на 3 группы: 1 группа – впервые возникшая стенокардия (77 пациентов), 2 группа – прогрессирующая стенокардия (91 пациент) и 3 группа – стенокардия покоя (29 пациентов). Критерии исключения из исследования: возраст старше 70 лет, наличие перманентной формы фибрилляции предсердий, инфаркта миокарда в анамнезе, хронических обструктивных заболеваний легких. Обследование перед выпиской из стационара включало в себя: клинический мониторинг, анализ ЭКГ, проведение ЭХО-КГ, лабораторное определение липидного спектра крови (ХС общ., ХС-ЛПНП, ХС-ЛПВП, ТГ, ИА).

Результаты и обсуждение. Несмотря на увеличение массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ – с 219,6 до 297,3 г) по мере сравнения 1, 2, и 3 групп относительная толщина стенок желудочка (ОТСЛЖ) прогрессирующе уменьшалась, о чем свидетельствует достоверное снижение индекса ОТСЛЖ (с 0,44 до 0,40). У пациентов 2 и 3 групп происходил нарастающий по сравнению с первой группой рост ударного объема ЛЖ ($p < 0,05$), одновременно с этим отмечено статистически значимое снижение фракции выброса (ФВ) ЛЖ в этих же группах пациентов (с 62 до 46,5%). Прогрессирующее нарастание объема ЛЖ сопровождалось повышением нагрузки на его внутреннюю стенку, о чем свидетельствовало наблюдавшееся статистически значимое увеличение миокардиального стресса (МС) с 126,4 до 179,2 дин/см². Заметно выражено нарастание уровня холесте-

рина у пациентов со стенокардией покоя, не только превышающим нормативы, но и уровень гиперлипидемии у пациентов с прогрессирующей стенокардией. У пациентов с впервые возникшей стенокардией, в среднем, не отмечено изменения уровня липидов крови выше пределов нормы. Во 2 группе были замечены статистически значимые различия с 1 группой только по уровню липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) ($p=0,05$).

Выводы. Выявлена связь между прогрессирующим патологическим ремоделированием сердца и развитием сердечной недостаточности не только для ЭХО-КГ-их параметров (увеличение конечно-диастолического объема ЛЖ, снижение ФВ ЛЖ, нарастание МС), но и липидного спектра крови (уровня общего холестерина и в особенности ЛПНП) у пациентов с нестабильной стенокардией.

КРИТЕРИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ПОГРАНИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ОЦЕНКЕ ПОРОГОВ ХОЛОДОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ УШНОЙ РАКОВИНЫ

Соломонов Д.В., Левковец И.Л.
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

В настоящее время гипертоническая болезнь (ГБ) остается одной из наиболее часто встречающихся форм психосоматических нарушений. Взаимосвязь центральной нервной системы и артериальной гипертензии (АГ) при ГБ очевидна, однако принципы данных взаимоотношений не всегда понятны. Одним из наиболее сложных и значимых вопросов, является изучение механизмов трансформации пограничной артериальной гипертензии (ПАГ) в ГБ на уровне центральной нейрогенной регуляции АД. Понимание этих взаимоотношений определяется оценкой центральных нейрогенных механизмов регуляции АД. Однако на сегодняшний день недостаточно проработаны методологические подходы и отсутствуют методики данной оценки.

Цель и задачи исследования. Связаны с сопоставлением двух групп пациентов: с лабильным АД (ПАГ) у которых были эпизодические подъемы АД, и группы пациентов у которых были стабильно высокие цифры АД (ГБ).

Методика исследования. Методика включала определение чувствительности рефлексогенных зон (РЗ) ушной раковины у пациентов ГБ и ПАГ.

Для оценки РЗ использовали аурикулярный криорефлексотест, в основе которого лежит измерение порогов холодовой чувствительности (ПХЧ) РЗ ушных раковин. Метод разработан кафедрой рефлексотерапии СПб МАПО совместно с НИИ мозга человека АМН РФ и рекомендован Комитетом по новой медицинской технике МЗ РФ.

При выполнении работы провели сопоставление двух групп пациентов: пациенты с ПАГ ($N=29$) при наличии артериальной гипертензии ($АД>140/90$ мм рт.ст.) и пациенты с ГБ ($N=27$) при наличии артериальной гипертензии ($АД>140/90$ мм рт.ст.).

Выводы. При оценке чувствительности рефлексогенных зон ушной раковины была выявлена статистически значимая тенденция увеличения числа РЗ с одинаковыми значениями ПХЧ на правой и левой ушных раковинах у больных с ГБ (РЗ 28-1) ($p<0,05$), (РЗ 87, 95, 96) ($p<0,1$) по сравнению с группой больных с ПАГ. Полученные результаты свидетельствуют о «перестройке» нейрогенных механизмов регуляции АД при формировании ГБ. Значения ПХЧ отражающих изменения в центральной нейрогенной регуляции АД могут быть критериями формирования стойкой ГБ.

ОСОБЕННОСТИ ЮВЕНИЛЬНОГО АРТРИТА, ПРОТЕКАЮЩЕГО С ПОРАЖЕНИЕМ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ

Сорокина Л.С.^{2,3}, Аврусин И.С.¹, Раупов Р.К.¹, Карабахян М.М.¹, Гарипова Н.Т.², Хрыпов С.В.¹, Чикова И.А.¹, Исупова Е.А.¹, Гайдар Е.В.¹, Дубко М.Ф.¹, Масалова В.В.¹, Лихачева Т.С.¹, Снегирева Л.С.¹, Костик М.М.^{1,2}

¹Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
²Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова,
³Детская клиническая больница, Санкт-Петербург

От 20 до 50% случаев ювенильного идиопатического артрита (ЮИА) протекает с поражением тазобедренных суставов (ТБС). Тяжесть поражения разнообразна – от преходящего синовита до формирования коксартроза, требующего эндопротезирования сустава. Особенностью поражения тазобедренных суставов является высокий риск социальной дезадаптации ребенка, особенно, в подростковом возрасте, снижения качества жизни, а также сложностей в хирургической коррекции артроза в случае необходимости эндопротезирования.

Цель исследования. Дать характеристику группе пациентов с ЮИА, протекавшего с поражением ТБС.

Материалы и методы. В исследование включено 753 пациента с диагнозом ЮИА, проходивших лечение в ревматологическом отделении СПбГПМУ за период 2007-2016 гг. Вовлечение ТБС в процесс определялось согласно клиническому статусу и по данным лучевых методов исследования.

Результаты и обсуждение. Всего зафиксировано 153/753 поражения ТБС (20,3%, $p=0,006$), среди них – 44 случая развития коксартроза, 16 из которых было проведено эндопротезирование ТБС. В группе преобладали девочки (78 (51%), $p=0,006$), чаще в структуре полиартикулярного и энтезит-ассоциированного вариантов артрита (33,3% и 45,8%, $p=0,0000001$). Возраст дебюта данной группы был выше, чем в основной (7,6 vs 5,5 лет ($p=0,000166$), присутствовала более высокая активность заболевания: СОЭ (10 vs 7 мм/ч, $p=0,025924$), СРБ (2,9 vs 1,1 мг/л, $p=0,002594$), значительно активнее использовались системные стероиды (кумулятивная доза 3500 и 1500 мг, соответственно; $p=0,003332$) и требовалось больше времени, чтобы достигнуть ремиссии (5,6 vs 2,9 лет, $p=0,000001$). Пациенты с пораженными ТБС чаще получали ГИБТ (64,7% vs 42%, $p=0,000001$), что также свидетельствует об изначальной высокой активности. Ассоциации с АНФ, РФ, сопутствующими аутоиммунными заболеваниями (аутоиммунным тиреоидитом, целиакией) и вовлечением глаз отмечено не было.

Заключение. Поражение тазобедренного сустава чаще встречается у лиц женского пола, протекает с более высокой активностью, требует изначально агрессивной терапии и тщательного мониторинга состояния ТБС для своевременной коррекции терапии с целью предотвратить необратимые изменения.

ДИНАМИКА ВЫЯВЛЕННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ ЭПИДЕМИИ

Сотскова В.А., Шульдяков А.А.

Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского,
г. Саратов

Введение. Исследование динамики выявляемости позволяет оценить интенсивность эпидеми-

ческого процесса ВИЧ-инфекции среди различных групп населения, обследованных на ВИЧ.

Цель исследования. Оценка выявленной заболеваемости ВИЧ-инфекции в Саратовской области среди основных групп населения на современном этапе развития эпидемии (2005 по 2018 гг.).

Материалы и методы. Использовались отчетные формы ГУЗ «Саратовский областной центр профилактики и борьбы со СПИД» за 2005-2018 гг., выявляемость была изучена среди следующих категорий граждан: больные наркоманией, гомо- и бисексуалисты, пациенты с инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), доноры, беременные, лица, находящиеся в местах лишения свободы, обследованные по клиническим показаниям, медицинский персонал, работающий с больными с ВИЧ-инфекцией или с инфицированным материалом, обследованные при эпидемиологическом расследовании, прочие. Показатель выявляемости рассчитывался на 1000 освидетельствований. Также была изучена структура обследованных на ВИЧ по вышеуказанным контингентам. Обработка данных проводилась с использованием Microsoft Office Excel 2016.

Результаты и обсуждение. В Саратовской области с 2005 по 2018 гг. наблюдалась четкая тенденция к увеличению числа обследований на ВИЧ: в 2005 г. тестированием на ВИЧ было охвачено 9,4% населения области, в 2018 г. – 25,2%. В 2005 г. наибольшая доля освидетельствований пришлось на контингенты: прочие (31,83%), беременные (26,12%), доноры (16,57%), к 2018 г. – преобладали лица, обследованные по категории прочие, которые составили 50,25%, увеличилась доля лиц, прошедших обследование по клиническим показаниям (26,83%), а вот доля беременных и доноров значительно снизилась до 9,69% и 7,13% соответственно.

Среднепогодная выявляемость по Саратовской области в 2005-2018 гг. составила $2,9 \pm 0,43\%$. Параметры выявляемости были больше среднеобластных среди следующих групп: больные наркоманией ($30,8 \pm 10,8\%$), гомо- и бисексуалисты ($107,3 \pm 185,3\%$), пациенты с ИППП ($4,2 \pm 1,23\%$), лица, находящиеся в местах лишения свободы ($18,4 \pm 10,9\%$), обследованные по клиническим показаниям ($3,73 \pm 0\%$) и при эпидемиологическом расследовании ($57,9 \pm 16,4\%$).

Выводы. В Саратовской области определяется рост привлечения населения региона к тестированию на ВИЧ-инфекцию, однако определена тенденция к снижению доли обследованных среди доноров и беременных при увеличении удельного веса освидетельствований по клиническим показаниям. Выявляемость ВИЧ-инфекции в Саратовской области выше среднеобластных показателей среди гомо- и бисексуалистов, больных наркоманией и

ИППП, лиц, находящихся в учреждениях УФСИН, и обследованных по клиническим показаниям, что означает сохранение циркуляции вируса в этих уязвимых группах.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Спицина С.С.^{1,2}, Шилова Л.Н.², Трофименко А.С.^{1,2},
Бедина С.А.¹, Мозговая Е.Э.¹

¹Научно-исследовательский институт
клинической и экспериментальной ревматологии
имени А.Б. Зборовского,

²Волгоградский государственный
медицинский университет,
г. Волгоград

Цель. Оценить антидеструктивный эффект использования комбинированной терапии ревматоидного артрита (РА) с использованием генно-инженерного препарата инфликсимаба (ИФ) и базисного противовоспалительного препарата метотрексата (МТ).

Материалы и методы. В исследование были включены 18 пациентов с установленным диагнозом РА, длительностью заболевания не менее 12 месяцев, получающих метотрексат в дозе от 12,5 до 20 мг в неделю на протяжении более 6 месяцев, а также различные нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). ИФ назначался по стандартной схеме из расчета 3 мг/кг. Для определения активности заболевания использовали DAS28-CRP(4), CDAI, SDAI. До назначения комбинированной терапии (неделя 0) и на 54 неделе после начала лечения инфликсимабом оценивались число болезненных и припухших суставов, показатель визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) по оценке пациента, а также лабораторные маркеры активности (СОЭ по Вестергрену, СРБ). Всем пациентам выполнялось рентгенографическое исследование мелких суставов кистей и стоп в прямой проекции на неделе 0 и 54. Оценивалась динамика общего счета по модифицированному методу Шарпа и доля пациентов с повышением рентгенологической стадии (оценка по методу Штейнброчера).

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов с РА составил $46 \pm 8,4$ лет, у всех были развернутая и поздняя стадии, 83,3% больных были серопозитивны, 16,6% – АЦЦП-позитивны. У 2/3 пациентов регистрировались III и IV рентгенологи-

ческие стадии РА, у 1/3 – II. Все пациенты до назначения ИФ имели высокую активность воспалительного процесса ($DAS28-CRP(4) > 5,2$; $CDAI > 65,6$; $SDAI > 71,6$). Отмечался выраженный клинико-лабораторный эффект ИФ в отношении активности РА: наблюдались уменьшение числа болезненных и припухших суставов, снижение СОЭ и СРБ. Показатель ВАШ активности пациентом к 54 неделе снизился с $66,7 \pm 12,1$ до $18,4 \pm 10,4$ мм.К концу 54-й недели все пациенты имели низкую или умеренную активность заболевания. Общий суммарный балл по Шарпу на неделе 54 остался без изменений у всех пациентов (среднее значение 187,1). На рентгенограммах кистей и стоп, выполненных на 54-й неделе, не прослеживался прирост кистовидных просветлений и узураций, тем самым увеличение рентгенологической стадии по Штейнброчеру не было выявлено ни у одного пациента.

Выводы. Полученные данные указывают на стабилизацию рентгенологической картины и отсутствие отрицательной динамики. Таким образом, комбинированная терапия ИФ и МТ значительно повышает эффективность лечения РА с точки зрения клинико-лабораторной активности и рентгенологического прогрессирования.

ВЛИЯНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Старчкова Т.Е., Тамбовцева О.А., Овсянников Е.С.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Применение антикоагулянтов в настоящее время является востребованным, так как, во – первых, кардиологические заболевания в настоящее время считаются самой распространенной причиной инвалидизации и ранней смертности населения. По статистике, процент смертности составляет 40-60% ежегодно от общего количества смертей. Во-вторых, заболевания в данной области имеют тенденцию к омоложению, поэтому все больше пациентов нуждаются в медикаментозной терапии. Из-за того, что большая часть является трудоспособным и работающим населением, мы должны стараться подобрать более удобное и менее трудоемкое лечение.

Цель исследования. Оценить влияние антикоагулянтной терапии на качество жизни пациентов кардиологического отделения.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе БСМП №1 г. Воронеж. Был произведен опрос 100 больных кардиологического отделения, 50 из которых – пациенты, принимающие варфарин и 50 – ривароксабан. Для исследования были взяты больные возрастом от 50 до 70 лет (средний возраст $58,9 \pm 8,86$ лет). Среди 1-й группы (принимающие варфарин) средний возраст составил $58,2 \pm 8,1$ лет, во 2-й группе (принимающие ривароксабан) – $59,6 \pm 8,98$ лет. Эти группы однородны по диагнозу (ИБС: Аритмический вариант. Персистирующая форма фибрилляции предсердий. ХСН IIА); по социально-демографическому признаку (процент работающих пациентов в первой группе 67%, во второй 71%); по дозировке принимаемых препаратов на момент проведения опроса (варфарин 2,5 мг, ривароксабан 20 мг). Для определения качества жизни использовался краткий опросник качества жизни ВОЗ. Статистическая обработка данных была произведена при помощи непараметрической статистики (Критерий U-Манна-Уитни), программы Microsoft Excel 2010.

Результаты и обсуждение. При оценке качества жизни пациентов кардиологического отделения с помощью краткого опросника качества жизни ВОЗ были получены следующие результаты: 1. физическое и материальное благополучие в 1-й группе пациентов (22,6 (20,65; 24,95)) и во 2-й группе (28,3 (25,2; 31,8)) – U-критерий значим, т.к $P < 0,05$; 2. самовосприятие в 1-й группе пациентов (19,5 (16,9; 21,62)) и во 2-й группе (19,5 (16,9; 21,62)) – U-критерий не значим, т.к $P > 0,05$; 3. микросоциальная поддержка в 1-й группе пациентов (9,9 (7,3; 11,54)) и во 2-й группе (9,9 (7,3; 11,54)) – U-критерий не значим, т.к $P > 0,05$; 4. социальное благополучие в 1-й группе пациентов (21,8 (19,7; 24,96)) и во 2-й группе (26,1 (23,81; 29,23)) – U-критерий значим, т.к $P < 0,05$.

Выводы. Таким образом, статистически проанализировав различия между группами, с помощью Критерия U-Манна-Уитни, было выявлено: различия уровня признака в сравниваемых группах статистически значимы по шкалам физическое и материальное благополучие, социальное благополучие ($p < 0,05$) и статистически не значимы по шкалам самовосприятие и микросоциальная поддержка ($p > 0,05$). Это утверждает то, что пациенты, принимающие варфарин, оценивают свое физическое и социальное благополучие гораздо ниже, чем пациенты, принимающие ривароксабан, мы связываем данный факт с тем, что 1-й группе пациентов в связи с приемом варфарина требуется более тщательное наблюдение и постоянный контроль в поликлинике. Не смотря на более высокую цену ривароксабана, пациенты отдают предпочтение дан-

ному препарату, в связи с удобством применения и контролем дозировки.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРИТА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ НЕЗДОРОВЫМ ФЕНОТИПОМ ОЖИРЕНИЯ

Стребкова Е.А., Алексеева Л.И.

Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Изучение особенностей клинических, лабораторных и функциональных показателей течения остеоартрита у пациентов с у больных с метаболически нездоровым фенотипом ожирения.

Материал и методы. В исследование были включены 73 женщины в возрасте от 45 до 65 лет. 50 женщин (средний возраст $56,5 \pm 5,87$ лет) с первичным ОА коленных суставов II-III рентгенологической стадией по Kellgren-Lawrence и ожирением ($ИМТ > 30$ кг/м²) и 23 женщины (средний возраст $58,7 \pm 5,43$ лет) с ОА коленных суставов II-III рентгенологической стадией по Kellgren-Lawrence и без ожирения ($ИМТ < 30$ кг/м²) (контрольная группа). Всем пациентам проводилась оценка клинических проявлений ОА по WOMAC, качества жизни по опроснику EQ-5D. В периферической крови проводилось определение показателей липидного профиля, глюкозы, СРБ.

Результаты. Все пациенты с ожирением имели признаки метаболически нездорового фенотипа ожирения. При оценке длительности и возраста начала ОА коленных суставов оказалось, что у пациентов с ожирением ОА развивается в более раннем возрасте, чем у пациентов без ожирения ($p < 0,001$). В дебюте ОА у пациентов из группы с метаболического фенотипа ожирения определялся высокий $ИМТ > 30$ кг/м². У пациентов контрольной группы $ИМТ$ в дебюте ОА составлял $25,8$ кг/м². У пациентов с метаболическим фенотипом ожирения достоверно чаще выявлялся более тяжелый ОА коленных суставов: III стадия гонартроза по Kellgren-Lawrence определялась у 10% пациентов с ожирением и у 4,35% – без ожирения ($p < 0,001$). Достоверно более высокие значения индекса WOMAC боль, скованность, ФН, суммарный WOMAC наблюдались у пациентов с ожирением ($p = 0,006$, $p = 0,039$, $p = 0,037$, $p = 0,014$ соответственно). У пациентов с ожирением отмечалось

более низкое качество жизни по опроснику EQ-5D и шкале ВАШ, чем у больных без ожирения ($p < 0,001$). При сравнении антропометрических данных: ИМТ, ОТ, ОБ соответственно достоверно различались в двух группах ($p < 0,001$). При оценке сопутствующих заболеваний чаще встречалась АГ (84%, $n=42$) и СД 2-го типа (4%, $n=4$) у больных ОА коленных суставов в сочетании с ожирением. У пациентов с ОА коленных суставов без ожирения реже отмечалась АГ (52,17%, $n=12$) и совсем не встречался СД. При оценке маркеров липидного профиля, глюкозы и СРБ, достоверно более низкие значения этих показателей отмечались у пациентов, не имеющих метаболически нездоровый фенотип ожирения.

Выводы. Таким образом, метаболический фенотип ожирения ассоциируется с более тяжелым течением остеоартрита коленных суставов: по индексу WOMAC ($p=0,014$): интенсивная боль в суставах ($p=0,006$), выраженная скованность ($p=0,039$), нарушение функции суставов ($p=0,037$), более низким качеством жизни по опроснику EQ-5D и шкале ВАШ, чем у больных без ожирения ($p < 0,001$), высокой частотой выявления сопутствующих заболеваний: АГ (84% и 52,17%, ($p < 0,001$) и СД 2-го типа (4% и 0% соответственно)), более высокими показателями маркеров липидного и углеводного обменов и воспаления (СРБ).

ВОЗМОЖНОСТИ МР-ЭНТЕРОГРАФИИ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ КРОНА

Субботина О.А., Резакова М.В.

Научно-исследовательский институт
физиологии и фундаментальной медицины,
г. Новосибирск

Введение. Несмотря на то, что с момента первого описания случая болезни Крона прошло уже свыше 80 лет, нозология интенсивно изучается, все же сохраняются трудности диагностики этого заболевания. В постановке диагноза болезни Крона на данный момент обязательным считается фиброколоноскопия с прицельной биопсией, однако всегда есть факторы, которые ограничивают возможности эндоскопических методов диагностики. В 2016 году вышли российские клинические рекомендации по диагностике и лечению болезни Крона, где МР-энтерография рекомендована как диагностический метод у пациентов с выставленным диагнозом при подозрении на развитие осложнений, но в ряде случаев МР-энтерография также используется для

первичной диагностики у пациентов без установленного диагноза, что требует проведения дифференциальной диагностики.

Цель. Раскрыть возможности МР-энтерографии при дифференциальной диагностике болезни Крона.

Материалы и методы. Исследование проводилось на МРТ-системе General Electric Discovery MR750W с напряженностью магнитного поля 3,0 Тс с использованием стандартного протокола МР-энтерографии на базе рентгенологического отделения клиники ФГБУ НИИФФМ. Представленные в докладе клинические примеры пациентов, которые проходили исследование согласно направлению гастроэнтеролога по поводу подозрения на ВЗК.

Результаты и обсуждение. В период с 2015 г до 2019 г. на базе рентгенологического отделения клиники ФГБУ НИИФФМ было выполнено свыше 600 МР-энтерографий у пациентов в возрасте от 19 до 62 лет. У 62% пациентов на момент исследования была диагностирована болезнь Крона, остальные 38% пациентов окончательного диагноза не имели. Дифференциальная диагностика Болезни Крона весьма сложна. В первую очередь необходимо дифференцировать болезнь Крона с неспецифическим язвенным колитом (НЯК). В отличие от НЯК поражение прямой кишки при болезни Крона встречается вдвое реже, но сопровождается формированием глубоких язв и характеризуется прерывистостью процесса, развитием осложнений в виде стриктур и свищей. Нередко даже применение всего спектра диагностических возможностей не позволяет однозначно высказаться в пользу одного из ВЗК. Также дифференциальный диагноз болезни Крона проводится с большим количеством инфекционных и неинфекционных хронических диарей, и в первую очередь с глютенной энтеропатией, как наиболее частой причиной синдрома нарушения всасывания в кишечнике. МР-семиотика целиакии характеризуется атрофией слизистой тонкого кишечника, в первую очередь тощей кишки с развитием феномена «обратной складчатости». Среди инфекционных диарей необходимо отдельно выделить туберкулез кишечника, излюбленной локализацией является илеоцекальная область – туберкулезный илеотифлит. Отдельно следует упомянуть о необходимости проведения дифференциальной диагностики болезни Крона и ее стриктурирующей формы с опухолями кишечника, такими как лимфома и аденокарцинома.

Выводы. Проведение МР-энтерографии является не только эффективной методикой для оценки активности воспалительного процесса при болезни Крона, но и также может быть использована для первичной и дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний кишечника.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЧАСТОТ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ПОЛИМОРИЗМА RS1107946 ГЕНА COL1A1 СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОЗОМ В СОЧЕТАНИИ С ОСТЕОАРТРОЗОМ

Султанова М.Х., Худайназаров А.А.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Проведен анализ роли полиморфизма rs1107946 гена COL1A1 в формировании остеопороза (ОП) у пациентов с остеоартрозом (ОА). Неблагоприятный аллельный вариант Т в 1,6 раза достоверно чаще встречался среди общей группы пациентов, по сравнению с контрольной выборкой. В подгруппе ОА+ОП, частота данного аллеля значимо, в 1,9 раза выше, чем в популяционной выборке. При этом, выявлена незначительная тенденция к преобладанию генотипов G/T и T/T среди пациентов с различными вариантами ОА, относительно контрольной выборки. Данные при анализе распределения аллелей и генотипов данного локуса в подгруппах пациентов ОА с и без ОП свидетельствовали о незначимости представленных различий ($p > 0.05$). Эти данные показывают о наличие не очень сильное ассоциации полиморфизма rs1107946 гена COL1A1 с ОА+ОП.

Проблема остеоартроза (ОА) и остеопороза (ОП), несмотря на достаточную изученность, не имеет окончательного решения и продолжает оставаться предметом пристального внимания исследователей. Последние исследования и разработки в области генетики / геномики ОА, направленные на улучшение нашего понимания патофизиологии данной патологии, указывают на роль гена коллагена в патогенезе ОА. Еще более интересным представляется изучение взаимосвязи ОА и ОП и их ассоциация с генетическими изменениями. Так, по данным авторов исследования экспрессии генов в синовиальной жидкости при ОА показали повышение уровня коллагенов и сшивающих ферментов (COL1A1). В то же время, проведенный мета-анализ гена 199 кандидатов в GWAS продемонстрировал связь между генами COL1A1 и ОА тазобедренного сустава.

В связи с необходимостью расширить представления о взаимосвязи однонуклеотидных полиморфизмов гена коллагена и ОА и ОП нами был проведен анализ распределения аллелей и генотипов полиморфизма rs1107946 гена COL1A1 среди пациентов с остеоартритом в сочетании с остеопорозом.

Цель исследования. Установление роли полиморфизма rs1107946 гена COL1A1 в развитии остеоартроза в сочетании с остеопорозом.

Материал и методы исследования. В исследование было включено всего 284 обследуемых, в том числе:

1. основная группа, состоящая из 147 человек, из них:

1.1. 100 пациентов с остеоартрозом без остеопороза (1а-подгруппа) и

1.2. 47 пациентов с остеоартрозом в сочетании с остеопорозом (1б-подгруппа).

2. Контрольную группу составили 137 условно-здоровых лиц узбекской национальности.

Диагноз устанавливали на основании данных клинико-anamnestического обследования, лабораторных исследований, рентгенологического и денситометрического исследований. У пациентов с установленным диагнозом было проведено исследование распределения полиморфного локуса rs1107946 гена COL1A1.

ДНК выделяли из венозной крови с использованием набора ДНК-сорб и Рибо-сорб (AmpliSens®, Россия). Концентрацию и чистоту выделенной ДНК определяли на приборе NanoDrop 2000 (США).

Генотипирование полиморфизма rs1107946 гена COL1A1 осуществлялось методом ПЦР-ПДРФ на приборе Applied Biosystems 2720.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием пакета статистических программ «OpenEpi 2009, Version 2.3» и «DoctorStat 2013, Version 1.9».

Результаты и их обсуждение. Выполненные исследования позволили оценить вклад полиморфного варианта rs1107946 гена COL1A1 в развитие остеопороза в сочетании с остеоартрозом (рис. 1 и рис. 2). Было проведено сравнительное исследование, в ходе которого была изучена распространенность полиморфного варианта rs1107946 гена COL1A1 в основной группе, состоящей из 147 человек, в частности, среди пациентов 1а-подгруппы, у которых был выявлен остеоартроз без остеопороза ($n=100$), 1б-подгруппы – остеоартроз в сочетании с остеопорозом ($n=47$) и среди условно-здоровых лиц ($n=137$), составивших контрольную группу.

Полученные результаты свидетельствуют о преобладании аллеля G полиморфизма rs1107946 гена COL1A1 как в основной группе, включая обе рассматриваемые подгруппы, а также среди условно-здоровых лиц, по сравнению с частотой выявления аллеля Т.

Проведенное исследование генотипов полиморфного локуса rs1107946 гена COL1A1, обнаружило преобладание гомозиготного генотипа G/G, относительно выявляемости генотипов G/T и T/T.

Аллель Т статистически достоверно в 1,6 раза, чаще был выявлен среди пациентов основной группы, по сравнению с условно-здоровыми лицами,

(OR=1.57; 95% CI: 1.032-2.397). Аллель G, напротив, превалировал в группе контроля и в 1,1 раза значимо реже был выявлен в основной группе (OR=0.64; 95% CI: 0.42-0.97).

Представлены результаты анализа частот распространения генотипов полиморфного локуса rs1107946 гена COL1A1 в основной и контрольной группах. Полученные результаты свидетельствуют о наличии незначимых различий в распределении генотипов полиморфизма rs1107946 гена COL1A1.

Из приведенных данных необходимо отметить выраженную тенденцию к преобладанию генотипа G/G среди условно-здоровых лиц, по сравнению больными основной группы. Так, выявляемость генотипа G/G в основной группе, была незначимо в 1,18 раза ниже его выявляемости в группе контроля ($\chi^2=3.69$; $p=0.055$; OR=0.62; 95% CI: 0.38-1.01). В то же время было отмечена тенденция к преобладанию генотипов G/T и T/T среди пациентов с различными вариантами ОА, относительно условно-здоровых лиц. Так частоты выявления генотипов G/T и T/T в основной группе, незначимо, в 1,28 ($\chi^2=1.92$; $p=0.17$; OR=1.43; 95% CI: 0.86-2.36) и в 2,45 раза ($\chi^2=2.10$; $p=0.15$; OR=2.57; 95% CI: 0.67-9.90) соответственно, превышали их встречаемость в популяционной выборке.

Анализ полученных данных распределения аллелей и генотипов, в подгруппах больных, у которых с остеоартроз не сопровождался остеопорозом и среди условно-здоровых лиц не выявил значимых различий ($p>0.05$).

Частота выявления аллеля G у пациентов ОА с ОП была значимо ниже, чем в группе контроля (OR=0.53; 95% CI: 0.302-0.924), а аллеля T в подгруппе ОА с ОП, значимо, в 1,9 раза выше, чем в популяционной выборке (OR=1.89; 95% CI: 1.082-3.315).

Анализ распределения генотипов в подгруппе пациентов с ОА с ОП и в контрольной группе показал, что частота выявления генотипа G/G была статистически достоверно ниже среди пациентов с ОА в сочетании с ОП, по сравнению с популяционной группой ($\chi^2=4.31$; $p=0.038$; OR=0.49; 95% CI: 0.25-0.96).

Была отмечена тенденция к увеличению частоты выявления генотипа G/T, в данной подгруппе, относительно условно-здоровых лиц ($\chi^2=2.56$; $p=0.11$; OR=1.77; 95% CI: 0.89-3.53). Также выявлена тенденция к увеличению частоты выявления генотипа T/T по сравнению с группой контроля ($\chi^2=1.71$; $p=0.19$; OR=3.05; 95% CI: 0.59-15.64).

Полученные данные при анализе распределения аллелей и генотипов данного локуса в подгруппах пациентов ОА с и без ОП свидетельствовали о незначимости представленных различий ($p>0.05$).

Полученные результаты показали наличие ассоциации остеоартроза в комбинации с остеопорозом, что в целом согласуется с данными авторов. Так, по данным этих исследователей однонуклеотидный полиморфизм в гене COL1A1 может быть связан с восприимчивостью скелетно-мышечных дегенеративных заболеваний, таких как остеоартрит.

Таким образом, можно заключить, что полученные нами результаты в целом не противоречат результатам зарубежных исследователей, при этом дополняя и обогащая уже имеющиеся познания в области взаимосвязи rs1107946 гена COL1A1 с риском развития ОА+ОП.

СКРИНИНГ НЕЦИРРОТИЧЕСКОЙ ГИПЕРАММОНИЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Сушилова А.Г., Шейко А.Д., Алиева М.К.,
Чижова О.Ю., Белоусова Л.Н.

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Диагностика гипераммониемии у пациентов с заболеваниями органов дыхания.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 36 пациентов с заболеваниями органов дыхания, госпитализированных на терапевтическое отделение СЗГМУ им. И.И. Мечникова с диагнозами: ХОБЛ – 21 человек (58,3%), хронический бронхит – 5 человек (13,9%), пневмония – 10 человек (27,8%). Средний возраст пациентов составил $66,8 \pm 11,8$ лет; из них: 9 (25,0%) женщин и 27 (75,0%) мужчин. Каждому пациенту было проведено измерение уровня аммиака в капиллярной крови методом микродиффузии на аппарате PocketChem BA PA-4140 (ARKRAY, Япония) (нормальные значения: 15-60 нмоль/л).

С целью оценки нутритивного статуса у всех больных определялись основные соматометрические показатели: рост, вес, индекс массы тела (ИМТ), окружность плеча нерабочей руки, окружность талии, толщина кожно-жировой складки (КЖС) над бицепсом, КЖС над трицепсом, КЖС ниже угла лопатки, КЖС паховой области.

Статистическая обработка результатов исследования выполнялась с применением пакета прикладных программ «Statistica 12 for Windows».

Результаты и обсуждение. Среди 36 пациентов с острыми и хроническими заболеваниями была

выделена группа пациентов с гипераммониемией – 9 человек (25,0%), средний возраст больных составил $62,3 \pm 18,2$ лет, среднее значение уровня аммиака – $74,0 \pm 7,1$ нмоль/л.

При сравнении больных в зависимости от диагноза были выявлены достоверные отличия по уровню аммиака. В группе больных ХОБЛ/хроническим бронхитом уровень аммиака был достоверно выше ($60,7 \pm 16,6$), чем при пневмонии $48,4 \pm 14,3$ ($t=2,2$, $p<0,03$). Последующий анализ больных ХОБЛ показал достоверные отличия по уровню аммиака в зависимости от длительности заболевания ($t=4,03$ $p=0,001$).

Среднее значение ИМТ составило $25,2 \pm 4,6$. Пациентов с нормальным показателем ИМТ было 16 (44,4%), с избыточной массой тела – 12 (33,3%) человек, с ожирением – 5 (13,9%) человек, с недостаточной массой тела – 3 (8,3%) человека. При сравнении пациентов в зависимости от наличия гипераммониемии и показателей соматометрии связи не выявлено ($t<2$, $p>0,05$).

Выводы. 1. В 25% случаев при заболеваниях органов дыхания выявлена нецирротическая гипераммониемия. 2. Достоверно более высокий уровень аммиака определен у больных ХОБЛ/хронический бронхит по сравнению с пневмонией. 3. Гипераммониемия у больных ХОБЛ находится в прямой зависимости от длительности заболевания. 4. Связи между нутритивным статусом по данным соматометрии и уровнем аммиака выявлено не было.

ПРИЧИНЫ ОТМЕНЫ ГЕНО-ИНЖЕНЕРНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ С РЕФРАКТЕРНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Сыгырта В.С., Глухова С.И., Аронова Е.С.,
Сатыбалдыев А.М., Лиля А.М.

Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Введение. Рефрактерный ревматоидный артрит (РРА) – это субтип ревматоидного артрита (РА), при котором последовательное назначение оптимальных доз метотрексата (МТ) в комбинации с глюкокортикоидами (ГК) и как минимум двух генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) с разным механизмом действия в течение 18-24 месяцев не приводит к значимому снижению воспалительной активности РА.

Цель. Анализ стратегии выбора и «выживаемости» генно-инженерной биологической терапии у больных РРА.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование включены данные о 95 больных РРА (80 женщин, 80,8%), в возрасте от 23 до 80 лет (средний возраст 57 лет), получавших ГИБП. Средняя длительность РА составила $11,9 \pm 7,6$ лет. Все пациенты были распределены на 6 групп в зависимости от количества полученных линий терапии (от 2 до 7 последовательно назначенных ГИБП). Всего проанализировано 348 случаев назначения ГИБП.

Результаты. В качестве 1-й и 2-й линий терапии наиболее часто применялись ингибиторы ФНО- α : инфликсимаб (ИНФ) – 43 случаев назначения, адалимумаб (АДА) – 39, этанерцепт (ЭТЦ) – 25, цертолизумаб пэгол (ЦП) – 11, голимумаб (ГЛМ) – 6. Абатацепт (АБА) был назначен в 32 случаях, ритуксимаб (РТМ) – в 22 случаях, тоцилизумаб (ТЦЗ) – в 12 случаях. Причинами прекращения ГИБП были: недостаточная эффективность терапии (НЭ) (55,2% случаев), нежелательные реакции (НР), включая серьезные нежелательные реакции (14,8% случаев), организационные причины (10,0% случаев), стойкая ремиссия (2,1% случаев), беременность (0,6%) и другое (17,3% случаев).

При выборе ГИБП 3-й линии терапии также применялись ингибиторы ФНО- α , однако предпочтение отдавалось препаратам с другим механизмом действия: АБА – 20 пациентам (23,2%), РТМ – 20 (21,1%), ТЦЗ – 15 (15,8%), ЭТЦ – 22 (23,2%), АДА – 9 (9,5%), ИНФ – 4 (4,1%), ЦП – 3 (3,1%). Лечение было прекращено у 74 пациентов (77,9%). Причинами отмены ГИБП в этом случае были: НЭ (54,1%), НР (17,6%), организационные причины (9,5%), ремиссия (1,3%), другое (17,5%).

4-я линия терапии была проведена 45 пациентам: АБА – 16 (35,6%), РТМ – 9 (20%), АДА – 6 (13,3%), ТЦЗ – 5 (11,1%), ЭТЦ – 4 (8,9%), ЦП – 4 (8,9%), ГЛМ – 1 (2,2%). Причинами отмены ГИБП (29 пациентов, 64,4%) были: НЭ (44,8%) НР (13,8%), другое (41,4%).

5-й ГИБП был назначен 13 пациентам: ТЦЗ – 6 (46,1%), РТМ – 3 (23,1%), АБА – 1 (7,7%), ЭТЦ – 1 (7,7%), АДА – 1 (7,7%), ГЛМ – 1 (7,7%). Терапия была прекращена у 11 пациентов (84,6%) по следующим причинам: НЭ (45,5%), НР (18,2%), другое (36,3%).

6-я линия терапии проводилась 4 пациентам: ЭТЦ (25%), ГЛМ (25%), ЦП (25%), АБА (25%) и была прекращена у 3 (75%) из них вследствие НР (33,3%) и других причин (66,7%). Один пациент получил ТЦЗ в качестве 7-й линии терапии.

Средняя длительность 1-й линии терапии составила $7,6 \pm 6,5$ месяцев, 2-й линии – $9,6 \pm 7,5$ меся-

цев, 3-й – 11,5±7,1 месяцев, 4-й – 12,5±8 месяцев, 5-й – 13,4±4,8 месяцев, 6-й – 14,6±4,4 месяцев. При статистическом анализе выявлены достоверные различия ($p < 0,05$) среднего времени удержания на терапии между 1-й и 3-й, а также 1-й и 4-й линиями терапии. При оценке частоты отмены ГИБП по причине НЭ или НР достоверных различий не выявлено. Частота прекращения ГИБП в исследуемых группах также статистически не различалась.

Заключение. Среднее время удержания на 3-й и 4-й линии терапии у больных с РРА было достоверно выше, чем на 1-й линии терапии. Наиболее частой причиной отмены ГИБП являлась НЭ. Увеличение линий терапии ГИБП не повышало частоту НР.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НОВЫХ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Тайжанова Д., Калимбетова А., Толеуова А.,
Вистерничан О., Бодаубай Р.

Медицинский университет Караганды,
г. Караганда, Республика Казахстан

Цель исследования. Оценить генетические факторы риска развития новых сердечно-сосудистых событий после стентирования коронарных артерий.

За последние 10 лет риск внутригоспитальных кровотечений у пациентов, принимающих двойную антиагрегантную терапию вырос в 1,8 раза. В этой связи, это определяет важность поиска маркеров ранней диагностики новых сердечно-сосудистых событий на фоне приема двойной антиагрегантной терапии. Проведенные многочисленные исследования показывают, что наличие аллеля гена CYP2C19*17 обуславливает ускоренный обмен субстратов фермента при применении клопидогреля. Указанная особенность генетического полиморфизма обуславливает высокий риск кровотечений на фоне приема клопидогреля в составе двойной антиагрегантной терапии.

Материалы и методы. Дизайн исследования – случай-контроль. В исследование были включены 73 больных ишемической болезнью сердца (ИБС), прошедшие процедуру чрескожного коронарного вмешательства, в возрасте 45-80 лет, которые были разделены на 2 группы: 34 (47,2%) пациентов – основная, 39 (54,1%) – контрольная. Основную группу составили пациенты с кровотечением на фоне двойной антиагрегантной терапии. Контрольную группу – пациенты с верифицированным диагно-

зом ИБС, прошедшие процедуру чрескожного коронарного вмешательства без кровотечения. Результаты развития факторов риска представлены в виде отношения шансов (OR) и их 95% доверительного интервала (CI).

Результаты. По данным проведенного исследования гена CYP2C19*17 C/T (полиморфизм) был выявлен у 9% пациентов с на фоне двойной антиагрегантной терапии. При анализе генотипов в основной и контрольной групп статистически значимой разницы по генотипам 17 аллеля CYP2C19 не выявлено. Полученные значения Odds Ratio (OR=0,658), 95% доверительный интервал [0,145-2,984], как в основной, так и контрольной группах, свидетельствуют об отсутствии ассоциации полиморфизма гена CYP2C19*17 с риском развития кровотечений.

Выводы. Таким образом, ассоциация полиморфизма гена CYP2C19*17 не коррелирует с риском развития возможных кровотечений на фоне двойной антиагрегантной терапии, что определяет необходимость поиска других генетических маркеров риска осложнений при длительном применении двойной антиагрегантной терапии.

РИСК РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Тайжанова Д., Калимбетова А., Толеуова А.,
Вистерничан О., Бодаубай Р.

Медицинский университет Караганды,
г. Караганда, Республика Казахстан

Цель исследования. Оценить риск развития осложнений у больных после чрескожного коронарного вмешательства.

Материалы и методы. Дизайн исследования: случай-контроль. Основная группа включала 34 больных (46,57%) с верифицированной ИБС после процедуры чрескожного коронарного вмешательства с кровотечением, контрольная группа включала 39 больных (53,43%) с верифицированной ИБС после процедуры чрескожного коронарного вмешательства без признаков кровотечения. В основной группе средний возраст составил 63,25±8,7, из них 65% мужчин, 35% женщин. В контрольной группе – 63,82±8,9, из них 87% мужчин, 13% женщин соответственно. По данным ИМТ в обеих группах отмечалась избыточная масса тела (29,1±4,1 – в основной группе, 28,2±4,1). Результаты развития факторов риска представлены в виде отношения шансов (OR) и их 95% доверительного интервала (CI).

Результаты. На основании оценки клинико-лабораторных характеристик риска развития кровотечений у больных после чрескожного коронарного вмешательства установлено, что предикторами развития кровотечений у больных после ЧКВ на фоне ДАТ явились: женский пол (OR=3.405, p=0.027), наличие сахарного диабета (OR=2,399, p=0,046), ИМТ (OR=1.200, p=0,038), стентирование коронарных артерий (OR=1.045, p=0,030), уровень эритроцитов (OR=2.292, p=0.049), уровень тромбоцитов (OR=3.964, p=0,048), гемоглобин (Hb) (OR=1.333, p=0,042), СОЭ (OR=1.008, p=0,009), фракция выброса (OR=1.248, p=0.043), скорость клубочковой фильтрации (OR=1.227, p=0.002). Данные предикторы помогут увеличить не только клиническую эффективность, но предотвратить риск кровотечения у пациентов, получающих двойную антиагрегантную терапию.

Выводы. Таким образом, указанные предикторы позволяют осуществлять раннее прогнозирование риска развития кровотечения при планировании двойной антиагрегантной терапии пациентам после чрескожного коронарного вмешательства и предотвратить возможные кровотечения. При этом сочетание нескольких из указанных предикторов у одного пациента, повышает риск более ранних кровотечений.

ЧАСТОТА ВНЕСКЕЛЕТНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА

Тарасова Д.Д., Шилова Л.Н.
Волгоградский государственный
медицинский университет,
г. Волгоград

Анкилозирующий спондилит (АС) – системное воспалительное заболевание, характеризующееся хроническим прогрессирующим течением, с возможным поражением не только опорно-двигательного аппарата, но и развитием внескелетных проявлений (ВСП) и осложнений. Среди ВСП известны поражения глаз, кишечника, сердца, почек, кожи. Развитие ВСП ухудшает течение основного заболевания, определяет прогноз и может привести к инвалидности.

Цель исследования. Определить частоту внескелетных поражений у больных анкилозирующим спондилитом.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ревматологического отделения ГУЗ

ГКБ СМП №25 г. Волгограда. Были проанализированы архивные данные 78 больных с подтвержденным диагнозом анкилозирующий спондилит за 2019 год, из них 52 мужчины и 26 женщин. Средний возраст 32,4±2,7 лет. Средняя продолжительность болезни 18,6±1,3 лет.

Результаты и обсуждение. ВСП выявлены у 37 больных (47,4%). У 24 больных (30,8%) диагностирован увеит, у 14 больных (17,9%) поражение сердца. Поражение кишечника (язвенный колит или болезнь Крона) выявлено у 3 пациентов (3,8%). Поражение кожи обнаружено у 4 (5,12%) больных. Нарушение работы почек диагностировано у 5 (6,4%). У 27 (34,6%) пациентов отмечено сочетанное проявление нескольких ВСП. У 2 (2,6%) больных выявлено развитие увеита и поражение кишечника (у 1 больной язвенный колит (ЯК), у 2 – болезнь Крона (БК)) в сочетании с АС. При этом поражение кишечника манифестировало раньше и находилось в состоянии ремиссии на момент возникновения АС. С течением времени у этих больных отмечалось активное прогрессирование АС на фоне ремиссии или легкой степени активности ЯК и БК.

Выводы. Вероятность развития ВСП у больных АС очень высока. Они могут возникать сочетанно, усугубляя течение основного заболевания и прогноз. В некоторых случаях нельзя однозначно сказать, что первично: возникновение ВСП или развитие АС? Наблюдение таких пациентов требует совместного внимания и активного наблюдения врачей различных специальностей: ревматологов, кардиологов, гастроэнтерологов, офтальмологов, дерматологов и т.д. Представление о вариантах развития ВСП может помочь в диагностике и тактике ведения больных с АС. Возникновение и характер течения ВСП требуют определенного подхода к лечению, в том числе, рассмотрения вопроса о необходимости назначения биологической терапии.

ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РАКА ЖЕЛУДКА У ЖИТЕЛЕЙ ПРИРАВНЕННОГО К УСЛОВИЯМ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

Тарасова Л.В., Эльмурзаева А.А.
Сургутский государственный университет,
г. Сургут

Аннотация. В данной работе проведен анализ отечественных и иностранных литературных данных об эпидемиологии, этиологии, патогенезе развития изменений слизистой оболочки желудка, что

в свою очередь способствовало развитию предраковых заболеваний и рака желудка.

Крайний север и условия приравненные к крайнему северу – территория, которая согласно рекомендациям Женевской конференции расположена севернее полярного круга и составляет 64% территории России и является наиболее неблагоприятной географической зоной для проживания человека.

При низких температурах увеличивается потребность организма в энергетических и пластических веществах, наблюдается возбуждение симпатического отдела нервной системы, перераспределение крови во внутренние органы, усиливаются окислительные процессы, возрастает потребность в кислороде. Желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) играет ключевую роль в процессе адаптации организма человека к условиям северного региона, снижается секреторная функция желудка (продукция соляной кислоты и пепсина), замедляется эвакуация желудочного содержимого. Подобные изменения способствуют развитию хронических заболеваний желудка, в том числе и рака желудка.

Наиболее важным вопросом в канцерогенезе желудка является выявление предраковых состояний. Предопуховым (предраковым) состоянием принято считать различные патологические процессы, предшествующие развитию злокачественной опухоли, но не обязательно переходящие в нее. Предрак – состояние или заболевание, на фоне которого может развиваться рак и которое характеризуется появлением клеточной атипии и/или структурных перестроек и изменениями метаболизма. Согласно классификациям, к предраковым состояниям относят в зависимости от вероятности риска развития рака атрофический гастрит (с определенным риском развития), гиперпластические полипы и язвы желудка (с возможным риском развития). Также проводились исследования, в результате которых выявилось, что хронический эрозивный гастрит и эрозии желудка вследствие хромосомных aberrаций также относят к предикторам рака желудка.

В соответствии с моделью развития рака желудка, предложенной P. Correa, к раку желудка ведет серия патологических процессов в слизистой оболочке желудка: нормальная слизистая оболочка – неатрофический гастрит – атрофический гастрит – кишечная метаплазия – дисплазия – карцинома кишечного типа.

Заболеваемость раком желудка среди мужчин в 2 раза выше, чем среди женщин. Это соотношение справедливо для популяций как с высокой, так и с низкой распространенностью данного онкологического заболевания. Такие различия в полной мере не могут быть объяснены разницей социальных и демографических показателей, факторов окружающей

среды, рационом питания, инфицированности *H. pylori.*, коморбидностью заболеваний.

Раннее обнаружение рака желудка – это лучший способ уменьшить заболеваемость и смертность от этой патологии. За рубежом для скрининга предрака желудка в группах высокого риска широко применяется определение пепсиногенов в сыворотке крови. В России подобные исследования единичны. Но до сих пор недостаточно ясно, является ли такое серологическое исследование адекватным для скрининга рака желудка или оно дает информацию только о распространенности и тяжести предраковых изменений. В литературе отражены многочисленные, нередко противоречивые данные о различных механизмах развития рака желудка, в том числе при наличии *H.p.* – инфекции. Однако нет однозначного мнения о роли факторов патогенности *H.p.*, в частности цитотоксина-ассоциированного гена (*Cag.A*) и вакуолизирующего цитотоксина А (*Vac.A*) в развитии предраковых заболеваний и рака желудка. В настоящее время обсуждаются данные, что именно инфекции, особенно хронические, являются ключевым фактором для развития раковых заболеваний. IARC определило 11 биоинфекционных агентов, являющихся сильными канцерогенами, среди которых вирус Эпштейна – Барра, вирус гепатита В, вирус гепатита С, 16 и 18 типы вируса папилломы человека, вирус иммунодефицита человека 1, *H.pylori*. Принимая во внимание то, что рак желудка является одним из наиболее распространенных видов рака пищеварительной системы, *H.p.* – инфекция, как полагают многие авторы, является ее основным фактором риска.

Также анализируя ряд исследований, повреждение клеток слизистой оболочки желудка, вызывающих метапластические, диспластические изменения в эпителии желудка, связаны с аутоиммунной агрессией индуцированной *H.p.* В зонах кишечной метаплазии и железистом эпителии слизистой оболочки желудка с признаками дисплазии выявляют кишечные антигены. Таким образом, ученые полагают, что трофические расстройства и диспластические изменения эпителия желудка сопровождаются антигенной перестройкой по кишечному типу, поэтому у больных с симптомами диспепсии, верифицированными диагнозами гастрита, ассоциированной с *H.p.*, нередко выявляются данные патоморфологические нарушения на фоне кишечной метаплазии.

Следует констатировать, что первые симптомы злокачественной перестройки слизистой оболочки желудка появляются за много лет до установки окончательного диагноза рака желудка и чаще всего проявляются синдромом диспепсии.

Оптимизация диагностики рака желудка продолжает оставаться одной из важных проблем онкологии. Отсутствие изменений на слизистой оболочке,

как правило делает невозможным определение границ стандартными эндоскопическими и рентгенологическими методами исследования. Эндоскопическое исследование (ФГДС) является одним из наиболее информативных методов диагностики рака желудка. При эндоскопическом исследовании определяются граница, характер и форма роста опухоли, распространение инфильтрации на пищевод, наличие осложнений. В некоторых случаях производится хромоэндоскопическое исследование слизистой оболочки желудка. Для этого выполняется окраска слизистой оболочки 0,1% раствором индигокармина либо метиленовой синью. Метод позволяет более детально определять границы инфильтрации, даже при эндоскопическом распространении по подслизистому слою, наличие синхронной опухоли и интрамуральных пылевидных метастазов в стенке желудка на уровне подслизистого слоя. Наиболее перспективным, в плане комплексной диагностики интрамуральной и лимфогенной распространенности опухолевого процесса является применение эндоскопического ультразвукового исследования (ЭУЗИ), что в проспективной части моего исследования запланировано.

Исходя из вышеизложенного, неотъемлемой частью диагностики и определения тактики лечения является динамическое наблюдение за данными пациентами с обязательным эндоскопическим исследованием и прицельной биопсией из стандартных точек и патологически измененных участков, с последующим цитологическим и гистологическим исследованием биопсийного материала, также при необходимости ЭУЗИ.

Выводы. Таким образом проведенный анализ отечественных и иностранных литературных данных указывает на то, что несмотря на достаточно большое количество исследований, затрагивающих вопросы о предикторах развития рака желудка, не вносят окончательной ясности. Имеющиеся данные в достаточной степени противоречивы. Тем не менее, из представленного материала представляется возможным выделить следующие, с наибольшей частотой встречающиеся в работах разных авторов, факторы, влияющие на канцерогенез слизистой оболочки желудка: Н.р. инфекция, сочетанная вирусная инфекция, особенности макроорганизма, длительность течения инфекции, воздействие факторов окружающей среды, рациона питания, первичное проявление симптомов диспепсии, также условия и регион проживания (север).

Особую роль необходимо выделить степени выраженности патологического процесса в СОЖ, характеризующееся изменением клеточной структуры, что в дальнейшем итоге при не своевременном выявлении и неправильном лечении, может привести к раку желудка.

Также считаю что необходимо дальнейшие исследования по выявлению факторов, влияющих на заболеваемость данной патологией. Разработка необходимых мероприятий по устранению предикторов развития рака желудка, своевременное выявление Н.р. и иной инфекции, определение временных рамок проведение инструментальных методов доисследования с целью выявления изменений слизистой оболочки.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОБЩИХ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТНИКОВ ГОРНОРУДНОГО ПРОИЗВОДСТВА

Ташмухамедова М.К., Ибрагимова Н.У.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Профессиональная заболеваемость работников горнорудной промышленности, ее профилактики и снижение является одной из важнейших задач, стоящих перед руководством горнорудной промышленности и системой здравоохранения нашей республики. Уровень профессиональной заболеваемости работников горнорудной промышленности продолжает оставаться одним из самых высоких в среднем по стране.

Цель исследования. Изучение и разработка мероприятий для ранней диагностики общих и профессиональных заболеваний работников в горнорудной промышленности.

Материалы и методы. Изучены данные профилактических периодических медицинских осмотров работников горнорудного производства за 2019 год (1260 человек). Изучался анамнез рабочего, его профессиональный маршрут, выяснение степени, интенсивности и длительности воздействия на него профессиональных вредных факторов. Проводилось комплексное обследование с участием различных специалистов с проведением рентгенологических исследований с последующим изучением динамически выявленного патологического процесса и его осложнений. Определены две группы: первая (1030 человек) – практически здоровые и вторая группа (230 человек) – лица, имеющие различные заболевания.

Результаты и обсуждение. Проанализированный материал по периодическим медицинским осмотрам в основных подразделениях горнорудного производства указывает, что процент не допущенных по состоянию здоровья к работе с вредными и опасными производственными факторами колеблется от 5,4% до 9,3% от всех прошедших профилактические периодические медицинские осмотры.

Впервые выявленная общесоматическая патология по нашим данным во второй группе колебалась от 21,7% до 38,9%. Преобладающей патологией является сердечно-сосудистая патология, а именно – артериальная гипертензия (52,4%), средний возраст рабочих оставил 47,3 лет, а средний стаж работы – 21,5 лет.

При анализе материалов периодических медицинских осмотров на всех объектах обращает на себя внимание частота выявления остеохондроза позвоночника (30,2%). Средний возраст рабочих с этим диагнозом 43 года, стажированные, чаще профессиональный стаж более 20 лет, имеют контакт с вибрацией в сочетании с вынужденной рабочей позой, в основном водители транспортных средств.

За год среди работников горнорудного производства выявлены 64 случаев профессиональных заболеваний. До 92,8% впервые установленных профессиональных заболеваний выявлялось при проведении периодических медицинских осмотров. Среди шахтеров, работающих в подземных условиях выявлена большая частота пылевой патологии органов дыхания, в частности силикоза (89%). Наибольшее количество среди них составляют проходчики, средний возраст которых составляет 39,6 лет, стаж работы в подземных условиях – 10,9 лет. Как видно, складывается не очень благополучная картина: преобладание с выявленной легочной патологией лиц с небольшим стажем работы, молодого возраста и что настораживает это выявление первичных случаев силикоза.

Выводы. Таким образом одним из методов ранней диагностики общих и профессиональных заболеваний в горнорудной промышленности может быть своевременное и качественное проведение профилактических периодических медицинских осмотров работающих во вредных и неблагоприятных условиях труда, с последующей диспансеризацией выявленных больных и проведением лечебно-профилактических оздоровительных мероприятий.

ВЛИЯНИЕ АНЕМИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И РАЗВИТИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Тихомиров Е.Г., Воробьева Ю.В., Овсянников Е.С.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Актуальность. В настоящее время хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является

одним из распространенных и прогрессирующих заболеваний сердечно-сосудистой системы. Увеличение продолжительности жизни населения и возрастание доли лиц пожилого и старческого возраста в структуре населения способствует возрастанию у них количества патологических состояний. Стоит отметить, что результаты проводимых исследований последних лет свидетельствуют о существенном увеличении влияния коморбидных состояний на течение ХСН у больных старшей возрастной группы. На сегодняшний день ряд авторов выделяют анемию, как одно из немаловажных коморбидных заболеваний у пациентов с хронической сердечной недостаточностью. В основе анемии всегда лежит уменьшение в периферической крови концентрации переносчика кислорода – гемоглобина, что влечет за собой нарушение биохимических процессов, гипертрофию сердечной мышцы и постепенное нарастание стойких изменений миокарда. Учитывая, что вопросы кровоснабжения мышцы сердца являются кардинальными в проблеме профилактики и лечения больных с ХСН, раннее выявление и коррекция сопутствующего анемического синдрома могут существенно совершенствовать лечение больных с ХСН.

Цель исследования. Определить влияние анемии на качество жизни и развития тревожно-депрессивных расстройств у больных с ХСН различных возрастных групп, наблюдаемых в стационарных условиях.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе БУЗ ВО ВГКБСМП №1 (г. Воронеж). В исследовании принимали участие 51 пациент с ХСН, в том числе 22 мужчины (43%) и 29 женщин (57%), в возрасте от 33 до 88 лет, средний возраст составил $67,8 \pm 7,5$ лет. Диагноз ХСН был установлен по клиническим данным и верифицирован. Всем больным проводилось лабораторное исследование в соответствии с алгоритмом лабораторной диагностики анемии (определение уровня гемоглобина, гематокрита, эритроцитарных индексов – среднее содержание гемоглобина (ССГ), содержания железа, витамина В12, фолиевой кислоты, трансферрина). Согласно классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA) пациенты соответствуют ПФК – 30 (58%), ШФК – 16 (32%), IVФК – 5 (10%). Причиной ХСН у большинства больных была ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет. Качество жизни (КЖ) оценивалось по опроснику «SF-36 Health Status Survey». Тревожные расстройства у больных были выявлены по опроснику Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина, для оценки депрессии применена шкала Цунга.

Было сформировано 2 группы: в группу А были выделены 28 (54,9%) пациентов (11 мужчины и 17 женщин) с хронической сердечной недостаточностью без анемии. В группу Б были отобраны 23

(45,1%) больных (11 мужчин и 12 женщин) с хронической сердечной недостаточностью и анемией. Группы сопоставимы по полу, возрасту.

Статистическая обработка полученных данных была проведена с помощью программы для ЭВМ Statgraphics plus 5.1. Для сравнения групп применялся односторонний дисперсионный анализ (ANOVA) в случае нормального распределения данных, а также критерий Крускала-Уоллеса в случае ненормального распределения данных. Данные представлены в виде среднего ± стандартное отклонение. Различия между группами считали статистически достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования. В соответствии с общепринятой структурой возраст пациентов определяли как: средний возраст для мужчин 36-60 лет; для женщин 36-55 лет; пожилой возраст: для мужчин 61-75 лет; для женщин 55-75 лет; старческий возраст: 76-90 лет для обоих полов; долгожители: старше 90 лет.

Нами были получены данные, что анемия чаще выявляется у пациентов с ХСН более старшего возраста $65,9 \pm 7,8$ лет ($p = 0,024$).

А) Оценка качества жизни с помощью опросника «SF-36 Health Status Survey». Опросник отражает общее благополучие и степень удовлетворенности теми сторонами жизнедеятельности человека, на которые влияют состояние здоровья. SF-36 состоит из 36 вопросов, сгруппированных в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье.

Из полученных данных следует, что качество жизни, а именно психологический и физический спектр более снижены у пациентов с ХСН и анемией, чем у больных с ХСН без анемии. Физическое состояние в среднем оценивается в $40,4 \pm 1,7$ баллов, а психологическое в $51,7 \pm 5,3$ балла ($p = 0,001$).

Б) Определение степени самооценки личностной и ситуативной тревоги по шкале Спилберга Ханина.

Анализ полученных при анкетировании данных выявил, что умеренный или высокий уровень личностной тревожности (ЛТ) имеется у большинства больных 42 – (82%), а ситуативной тревожности (СТ) – у 51 – 100% обследованных. Депрессия по шкале Цунга отсутствовала у 8 пациентов (16%). Легкая депрессия была определена у 28 больных (54,9%), умеренная – у 13 пациентов (25,5%), а тяжелое депрессивное состояние – у 2 человек (4%). При проведении сравнительного анализа средних значений баллов, полученных при анкетировании больных, были выявлены достоверные различия в уровне ЛТ и депрессии у пациентов с ХСН и анемией и больных с ХСН без анемии.

Высокий уровень ЛТ был определен у 14 (58,3%) больных ХСН с анемией и у 7 (23,1%) пациентов с ХСН без анемии. Высокий уровень СТ встречался в 1,6 раза чаще у больных группы 2, чем у больных группы 1 (17 (75%) против 13 (46,2%).

Была выявлена статистическая взаимосвязь средней силы между уровнем депрессии и наличием анемией у больных ХСН в анамнезе ($p = 0,031$).

Выводы. Полученные в ходе исследования результаты показали, что анемия довольно часто выявляется у больных ХСН. Анемия чаще встречается у пациентов более пожилого возраста. Распространенность тревоги и депрессии среди больных хронической сердечной недостаточностью крайне высокой, а наличие коморбидного заболевания, такого как анемия, только повышает уровень тревоги и ситуативной, и личностной.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ TNFA И FOXP3 В ПРОГРЕССИРОВАНИИ И РЕЦИДИВИРОВАНИИ САРКОИДОЗА

Тихонович Э.Л.¹, Малышева И.Е.²

¹Республиканская больница имени В.А. Баранова,

²Институт биологии Карельского научного центра,
г. Петрозаводск

Цель исследования. Целью исследования было оценить влияние полиморфизма генов TNF α , FOXP3, уровня мРНК TNF α , FOXP3 на развитие и прогрессирование саркоидоза и возможность использования генетических маркеров в прогнозировании течения заболевания.

Материалы и методы. В исследование включено 255 человек (119 пациентов русской национальности, с морфологически подтвержденным диагнозом саркоидоза легких (ср. возраст – $44,25 \pm 1,16$ года) и 136 здоровых доноров. Материалом для исследований служили образцы периферической крови. Генотипирование полиморфных вариантов -308G>A (rs1800629), -238G>A гена TNF, а также -3279C>A гена FOXP3 осуществляли с помощью метода ПЦР с оценкой полиморфизма длин рестрикционных фрагментов. Уровень экспрессии мРНК генов TNF, FOXP3, GAPDH определяли методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени. Гены GAPDH и 18sRNA использовали в качестве референсных.

Результаты и обсуждение. При сравнении распределения аллелей и генотипов по -238G>A и -308G>A полиморфному варианту гена TNF α у больных саркоидозом и в контрольной группе достовер-

но значимых различий не получено. Установлено, что аллель А исследуемого полиморфного варианта гена TNF α -308G>A встречается только в группе больных с благоприятным течением заболевания. Носительство аллеля А по -238G>A полиморфному варианту гена TNF α ассоциировано с риском развития рецидивирующего (прогрессирующего) течения заболевания. По результатам анализа установлено значимое повышение количества транскриптов гена TNF в лейкоцитах крови больных саркоидозом по сравнению с контролем. Отмечается значимое увеличение уровня транскриптов гена TNF α у пациентов со стабильным саркоидозом в сравнении с группой контроля и снижение у пациентов, получающих глюкокортикостероидную терапию.

Не установлено статистически значимых различий в распределении частот аллелей и генотипов полиморфного маркера -3279C>A гена FOXP3 в группе больных саркоидозом и в контрольной группе. Уровень транскриптов гена FOXP3 в лейкоцитах периферической крови больных, находящихся на терапии, было достоверно ниже, чем у пациентов без терапии.

Выводы. Не выявлена связь носительства аллельных вариаций -308G>A и -238G>A гена TNF α и -3279 C>A гена FOXP3 у обследованных лиц с наследственной предрасположенностью к саркоидозу.

Выявлена ассоциация носительства аллелей по указанным полиморфным вариантам гена TNF α с характером течения заболевания.

Определяется достоверное повышение количества транскриптов гена TNF в лейкоцитах крови больных саркоидозом по сравнению с контролем. Глюкокортикостероидная терапия у пациентов с рецидивирующим и прогрессирующим течением способствует снижению содержания мРНК гена TNF. Обнаружены значимые различия в содержании транскриптов гена FOXP3 в лейкоцитах крови пациентов с саркоидозом без глюкокортикостероидной терапии и находящихся на терапии.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕНИНГИТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИИ

Тишкина М.Д., Бизяева Д.М.

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Актуальность. Менингит является частой формой нейротрофических патологий. Актуальность

проблемы заключается в тяжелом течении болезни, высокой смертности, множестве этиологических патогенов. Все больше возникает случаев резистентности возбудителей заболевания к антибактериальным средствам.

Цель исследования. Сбор информации, изучение и анализ данных об этиологической структуре, эпидемиологических особенностях, клинических и лабораторных проявлениях, проводимом лечении и исходах заболевания.

Материалы и методы. Проанализированы 50 медицинских карт стационарных больных с менингитами, проходивших лечение в СПб ГБУЗ «КИБ им. С.П. Боткина» в 2019-2020 гг. Собранные данные подверглись первичной статистической обработке с использованием программы MicrosoftOfficeExcel.

Результаты и обсуждение. Из 50 пациентов 74% (37) переносили серозный менингит и 26% (13) – гнойный. Все наблюдаемые предъявляли жалобы на головные боли, тошноту и рвоту, повышенную температуру тела; почти у всех были положительными менингеальные симптомы – ригидность затылочных мышц и Кернига, у некоторых проявлялась очаговая неврологическая симптоматика. Серозные менингиты протекали легко и без осложнений. Возраст пациентов варьировал от 19 до 59 лет, в среднем 33,9 \pm 9,1 лет. По половому признаку – 57% женщин (21) и 43% мужчин (16). Энтеровирусные менингиты составили 24,3% (9). Для данной группы были характерны: гиперемия зева, мелкопятнистая сыпь, фебрильная лихорадка 38,8 \pm 0,3 $^{\circ}$ C. При лабораторном исследовании: моноцитоз до 12,1%, нейтрофилез до 79,2%; при исследовании ликвора: повышенный белок 0,49 \pm 0,1 г/л и цитоз 762 \pm 476/3, лимфоциты 89 \pm 4%. Наблюдаемых с гриппозным менингитом было 18,9% (7), все не были привиты. Особенностью клинической картины стало наличие катаральных явлений, ломоты в суставах, сухого кашля, пиретической лихорадки 38,9 \pm 0,3 $^{\circ}$ C. По результатам анализа крови – лейкоцитоз до 12 \cdot 10 9 /л с лимфоцитозом до 75%; при исследовании ликвора – цитоз 142 \pm 64/3, лимфоциты 78 \pm 3,5%. 13,5% (5) – менингиты герпетической этиологии, отмечались герпетические высыпания на губах, субфебрилитет 37,3 \pm 0,1 $^{\circ}$ C; в анализе крови – лейкоцитоз 16,5 \pm 1,9 \cdot 10 9 /л с лимфоцитозом 17,4 \pm 2,3%, а в ликворе – повышенный белок 1,0 \pm 0,17 г/л, цитоз 2332 \pm 712 /3, лимфоциты 94 \pm 5%. Болезнь Лайма (IgM+) была выявлена у 2,7% (1). Оставшиеся 40,5% больных переносили менингит с невыясненной этиологией. Гнойные менингиты протекали более тяжело, осложнялись развитием энцефалита или вентрикулита. Основными клиническими проявлениями были лихорадка 39,6 \pm 0,6 $^{\circ}$ C, многократная рвота, острое начало и резкое ухудшение состояния. По этиологической структуре:

15,4% (2) переносили менингококковую инфекцию, 23,1% (3) – листериоз и 61,5% (8) – неуточненный гнойный менингит. В клиническом анализе крови был выявлен лейкоцитоз до $23,7 \cdot 10^9/\text{л}$, нейтрофилез. При исследовании спинномозговой жидкости: белок повышен $1,67 \pm 0,2$ г/л, глюкоза снижена $0,34 \pm 0,3$ ммоль/л, цитоз $12800 \pm 590 /3$ – нейтрофилы $97 \pm 1\%$, микро: лейкоциты 50-60 п/зр. Все пациенты получали комбинированную антибактериальную терапию: цефтриаксон+лефлобакт, цефтриаксон+ципрокс, цефтриаксон+ампициллин. После начала терапии у 46% ликвор был санирован, у 54% стойко держался цитоз $248-516/3$, поэтому такие пациенты гораздо дольше находились под наблюдением в стационаре.

Выводы. Конкретный возбудитель обуславливает особенности клинической и лабораторной картины в каждом случае заболевания, что позволяет сузить этиологический поиск и верифицировать возбудителя. Знание этиологии помогает подобрать специфическую терапию и сократить время пребывания пациента в стационаре. В 40,5% случаев серьезных и 61,5% гнойных менингитов этиология осталась неизвестной, необходимо максимально уменьшить данный процент для обеспечения более эффективного лечения пациентов.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА КАК МЕТОД МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Ткаченко И.В., Журавлева М.О.
Оренбургский государственный
медицинский университет,
г. Оренбург

Ультразвуковая диагностика является одним из высокоинформативных методов лучевой визуализации, которая используется во всех сферах клинической медицинской деятельности. В рамках мультидисциплинарной патологии костно-мышечные заболевания занимают особое место. Ультразвуковая артрология тесно связывает деятельность врачей различных специальностей, в частности ревматолога и травматолога-ортопеда.

Цель исследования. Определить частоту и структуру патологии ревматического и травматического характера среди пациентов, самостоятельно обратившихся на ультразвуковое исследование коленных суставов.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов ультразвуковых исследований коленных суставов 879 пациентов (657 женщин (74,7%) и 222 мужчин (25,3%) в возрасте от 27 до 68 лет), обратившихся на процедуру в период с 01.01.2018 года по 31.12.2019 года. 267 пациентов (30,4% случаев) самостоятельно обратились на исследование с артралгиями в коленных суставах (212 женщин (79,4%)).

Сонография проводилась на стационарном ультразвуковом скане Hitachi Aloka Prosound F 37 мультисекторным линейным датчиком 5–13 МГц в режимах серой шкалы, цветного и энергетического доплерографического картирования.

Результаты и обсуждения. У 186 пациентов (69,7%) выявлена ревматологическая патология. Преобладал гонартроз (70,5%) II стадии (60,3%), реже изменения гиалинового хряща, субхондрального слоя кости соответствовали I и III стадиям (24,4% и 15,3% соответственно). Реактивный синовит составил 81,7% случаев, в сочетании с кистами Бейкера – 49,5%. Воспалительные изменения периартикулярных тканей встречались у 73 пациентов (55,7%), преимущественно в виде тендинитов приводящей и медиальной головки икроножной мышц. Параменисковые кисты, как проявления дегенеративно-дистрофической патологии, визуализировались редко – в 9,2% случаев (преимущественно асимметрично переднего рога медиального мениска). Ультразвуковые признаки артрита ассоциированного с инфекцией регистрировались у 41 обследуемого (22%), реже ревматоидного артрита – у 14 пациентов (7,5% случаев).

У трети пациентов были выявлены доступные для визуализации посттравматические изменения мягких тканей (81 обследуемый). Линия травматической патологии представлена: у 33,3% пациентов повреждением менисков (преимущественно переднего рога медиального и заднего рога латерального менисков), у 28,4% выраженным лигаментитом на фоне частичного разрыва внутренней боковой связки, у 16,1% гематомой и реактивным отеком подкожно-жировой клетчатки, с одинаковой частотой (по 11,1%) диагностированы преднадколенниковый бурсит и частичный незначительный краевой разрыв и лигаментит собственной связки надколенника.

Выводы. Ультразвуковое сканирование является эффективным визуализирующим методом дифференциальной диагностики патологии коленных суставов. Правильная проспективная постановка ультразвукового диагноза при самообращении позволяет направить к профильному специалисту, рационально назначить дополнительные лабораторные исследования и своевременно начать эффективную терапию, существенно сократив «маршрутную карту» пациента.

ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТРАНЗИТОРНО-ИШЕМИЧЕСКОЙ АТАКОЙ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Тойынбекова Р.Ж.,
Бейсенбекова Ж.А., Киспаева Т.Т.
Медицинский университет Караганды,
г. Караганда, Республика Казахстан

Цель исследования. Оценить показатели липидного профиля у пациентов с транзиторно-ишемической атакой на фоне артериальной гипертензии.

Материалы и методы. Проведено клиническое исследование (первая группа) 62 пациентов с перенесенной транзиторно-ишемической атакой (ТИА) на фоне артериальной гипертензии (АГ). С целью верификации диагноза ТИА для исключения ишемического очага повреждения была проведена компьютерная томография головного мозга к концу первых суток развития заболевания. Пациенты первой группы были отнесены к группе очень высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений, как перенесшие ТИА. Во второй группе обследовались пациенты (30 пациентов) из терапевтического отделения с различными степенями АГ. Причиной госпитализации пациентов во второй группе был гипертонический криз. При стратификации риска во второй группе все пациенты были отнесены к группе высокого риска и очень высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений. У пациентов определяли индекс массы тела, объемы талии и бедер, оценивали тип ожирения. Лабораторные исследования включали определение в капиллярной крови уровня глюкозы натощак, оценивали липидный профиль. Липидный профиль включал в себя показатели общего холестерина (ОХ), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХсЛНП), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХсЛВП) и триглицеридов (ТГ). Целевые уровни фракций липидов определялись с учетом возраста, пола и риска сердечно-сосудистых заболеваний пациента. Липидные параметры учитывались для пациентов с высокой и очень высокой категорией сердечно-сосудистого риска.

Результаты обсуждения. По данным анкетирования и анамнеза исследуемые пациенты в предшествующие 6 месяцев не исследовали уровни сахара и холестерина в крови. У всех пациентов диагностирована избыточная масса тела с абдоминальным типом распределения жира. У всех обследованных пациентов выявилась гипергликемия, средний уровень гликемии составил 6,7 ммоль/л. В группе пациентов, перенесших ТИА, уровень ОХ был превышен у 79%

исследуемых; повышение уровня ХсЛНП отмечено у 41%; уровень ХсЛВП у всех пациентов находился в пределах целевых значений. Превышение уровня ТГ в первой группе выявлено у 22% пациентов. Во второй группе гиперхолестеринемия выявилась у 75% исследуемых; повышение уровня ХсЛНП выявлено у 30%; уровень ХсЛВП у всех пациентов находился в пределах нормы. Уровень ТГ превышал целевой уровень во второй группе у 19%. Для инсулинорезистентности характерно повышение уровня ТГ, обусловленное поступлением в кровь избыточного количества свободных жирных кислот из жировой ткани, из-за нарушения утилизации глюкозы в клетках. В ответ на это в печени усиливается образование ХсЛНП. Повышенная секреция в кровоток липопротеидов, богатых ТГ, при подавленном липолизе ведет к развитию выраженной гипертриглицеридемии.

Выводы. У всех пациентов была выявлена избыточная масса тела с абдоминальным типом распределения жира.

У всех обследованных пациентов выявилась гипергликемия, средний уровень гликемии составил 6,7 ммоль/л.

У пациентов с перенесенной ТИА отмечалось увеличение концентрации ОХ и атерогенных липопротеидов чаще, чем у пациентов 2 группы.

Коррекция факторов риска кардиоваскулярных заболеваний таких как гипергликемия и дислипидемия могут потенциально обеспечивать профилактику развития цереброваскулярных катастроф, в частности ТИА.

ОСОБЕННОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛАТЕНТНОГО КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У ПАЦИЕНТОВ С ТРАНЗИТОРНО-ИШЕМИЧЕСКОЙ АТАКОЙ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Тойынбекова Р.Ж.,
Киспаева Т.Т., Бейсенбекова Ж.А.
Медицинский университет Караганды,
г. Караганда, Республика Казахстан

Цель исследования. Оценка латентного когнитивного дефицита у пациентов, перенесших транзиторную ишемическую атаку на фоне артериальной гипертензии, не имеющих клинически выраженных когнитивных нарушений.

Материалы и методы. Исследовались 62 пациента нейроинсультного центра, составивших основную группу. Критериями включения в исследование явилось следующее: перенесенная транзи-

торно-ишемическая атака (ТИА) на фоне артериальной гипертензии (АГ), отсутствие церебральных инсультов и другой органической патологии головного мозга в анамнезе, уровень краткой оценки психического состояния в пределах 28-30 баллов по Mini Mental State Examination (MMSE), оценка по шкале депрессии Гамильтона ниже 18 баллов. Для стандартизации условий статистической обработки тяжесть состояния и выраженность неврологического дефицита больных на 1-и и 9-е сутки пребывания в стационаре оценивали в суммарном клиническом балле по шкале Неврологического статуса Национального Института Здоровья National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS). Когнитивную сферу исследовали скрининг-шкалой Mini Mental Scale Examination (MMSE), а также нейродинамическими пробами нейropsychологического обследования с качественной и количественной оценкой полученных результатов. При нейродинамическом обследовании изучали показатели зрительной, слуховой и кинестетической памяти, объема, скорости переключения, концентрации внимания по следующим методикам: по пробе Шульте, корректурной пробе, исследованию вербальной и невербальной зрительной памяти, методике запоминания 10 слов. Все вышеуказанные исследования проводились на 3-и и 10-е сутки пребывания в стационаре (в основной и контрольной группе). Исследуемые лица основной и контрольной групп были сопоставимы по количеству мужчин и женщин, по среднему возрасту, уровню образования, а также по частоте встречаемости сопутствующей патологии.

Результаты и обсуждение. Полученные результаты нейродинамического исследования позволяют интерпретировать достоверно значимые по сравнению с контрольной группой изменения (снижение параметров внимания и зрительной памяти) как латентный когнитивный дефицит у больных, не имевших клинически выраженные когнитивные нарушения при скрининг-диагностике по MMSE. При этом ряд мнестических параметров (показатели слуховой и кинестетической памяти) достоверно при межгрупповом сравнении не были различны (при $p \geq 0,05$). Полученные результаты свидетельствуют о том, что у пациентов с ТИА показатели объема и концентрации внимания, показатели объема зрительной вербальной и невербальной памяти констатируются достоверно сниженными по сравнению с контрольной группой, тогда как показатели параметров иерархически нижележащих структур – слуховой и кинестетической памяти достоверно не значимы по сравнению с контрольной группой.

Выводы. У пациентов, перенесших ТИА, без когнитивных нарушений по MMSE выявлен латентный когнитивный дефицит в виде достоверно значимого снижения по сравнению с контрольной группой

показателей объема и концентрации внимания, объема зрительной вербальной и невербальной памяти.

Полученные результаты исследования нейродинамических параметров позволяют рекомендовать использование мнестических и аттенциальных тестов для оценки наличия латентного когнитивного дефицита у пациентов, перенесших ТИА, при отсутствии когнитивных нарушений при скрининг-диагностике по MMSE.

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ДИСФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Токмачев Е.В., Кравченко А.Я.,
Токмачев Р.Е., Гречкин В.И.

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

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одной из наиболее значимых проблем здравоохранения во всем мире. Количество пациентов с ХСН неуклонно растет, несмотря на заметные успехи терапии кардиоваскулярных заболеваний. В статье рассматриваются вопросы влияния гиподисфункции щитовидной железы на прогрессирование хронической сердечной недостаточности (ХСН) у пожилых пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Цель исследования. Провести анализ распространенности дисфункции щитовидной железы у пациентов с ХСН и оценить особенности ее течения у пожилых пациентов.

Материалы и методы. Для исследования отобраны 153 истории болезни пациентов с ХСН и наличием данных об исследовании функции щитовидной железы. Проведено общеклиническое обследование с определением уровня тиреотропного гормона, свободного трийодтиронина и тироксина, оценивались результаты электрокардиографии, эхокардиографии с определением фракции выброса левого желудочка, тест с шестиминутной ходьбой (ТШХ) с помощью комплекса кардиореспираторного анализа. Статистический анализ полученных данных в ходе исследования был выполнен с помощью программы SPSS 10,0. В качестве критического уровня статистической значимости различий (p) применялось значение $p < 0,05$. Корреляционный анализ был проведен с использованием коэффициента корреляции Пирсона.

Результаты. По результатам проведенного анализа гормонов щитовидной железы выяснилось,

что из 59 больных 71% (42 человека) имели повышенные показатели ТТГ в сочетании с нормальным содержанием в крови свободного Т4 и Т3 (субклинический гипотиреоз); у 29% (17 человек) был диагностирован гипотиреоз (повышен ТТГ и снижены показатели свободного Т4 и Т3).

При расчете на всю группу пациентов (153 человека) в процентном соотношении, это составило: субклинический гипотиреоз – 24%, гипотиреоз – 13%. Оценивая сократительную способность левого желудочка выяснилось, что в 1 группе ФВ ЛЖ составила $55,67 \pm 6,35\%$, во 2 группе ФВ ЛЖ – $59,61 \pm 3,93\%$ ($p=0,026$). При проведении корреляционного анализа взаимосвязи ФВ ЛЖ и уровня св. Т4 крови в 1 группе пациентов была выявлена умеренная корреляционная связь ($r=0,026$). Степень тяжести ХСН у пациентов с гипотиреозом по классификации Василенко-Стражеско составляла: II а стадии – 44 человека (74,6%), II б ст. – 14 (23,7%), III ст. – 1 (1,7%). У пациентов без гипотиреоза: II а ст. – 84 (93,3%), II б ст. – 5 (6,7%), III ст. – 0%. Таким образом, степень выраженности клинических проявлений сердечной недостаточности была достоверно выше у больных, страдающих недостаточностью функции щитовидной железы ($p=0,03$). При оценке толерантности к физической нагрузке по результатам теста с 6 минутной ходьбой в 1 группе у больных появлялась одышка при дистанции до 200 м, соответствующие ФК III в 63% случаев (37 человек), а во 2 группе всего в 53% случаев (47 человек) ($p=0,033$).

Выводы. В результате проведенного анализа выявлено достоверное отрицательное влияние гипофункции ЩЖ на течение ХСН, проявляющееся в виде снижения толерантности к физическим нагрузкам, фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ). Так же отмечается преобладание сердечной недостаточности более высокого функционального класса среди пожилых пациентов с ХСН в сочетании гипотиреозом.

АНАЛИЗ УРОВНЯ МЕЛАТОНИНА И БИОМАРКЕРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ

Токмачев Р.Е., Кравченко А.А.,
Токмачев Е.В., Гречкин В.И.

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

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), является одним из наиболее распространен-

ных хронических заболеваний легких, отличается широкой распространенностью, тенденцией к росту количества тяжелых форм заболевания, числа выхода на инвалидность и уровня смертности (GOLD). Несмотря на интенсивное развитие инновационных медицинских технологий при ХОБЛ сохраняются недостаточная эффективность медикаментозной терапии, высокая стоимость лечения, неудовлетворительное качество жизни (КЖ) пациентов. Недавние исследования выявили, что использование мелатонина может быть эффективным подходом к лечению ХОБЛ, предотвращая преждевременное снижение легочной функции.

Цель исследования. Изучение клинического течения заболевания, клинико-инструментального, лабораторного статуса, уровня биомаркеров системного воспаления и мелатонина у пациентов с ХОБЛ (GOLD 2-4).

Материалы и методы. Исследование включено 88 человек (62 мужчины и 26 женщин) с диагнозом ХОБЛ (GOLD 2-4), группа D, «фенотип с частыми обострениями», вне обострения в возрасте от 40 до 80 лет (средний возраст $68,61 \pm 0,72$ лет). В исследование не включали пациентов моложе 40 и старше 80 лет с обострением заболевания, хронической сердечной недостаточностью II стадии и более, бронхиальной астмой, тяжелыми другими сопутствующими заболеваниями и их осложнениями. В зависимости от стадии ХОБЛ было сформировано 3 группы. 1-ая группа – 31 человек (22 мужчины и 9 женщин; средний возраст – $67,42 \pm 1,38$ лет) с диагнозом ХОБЛ (GOLD 2). 2-ая группа – 29 человек (19 мужчины и 10 женщин; средний возраст – $68,83 \pm 1,21$ лет) с диагнозом ХОБЛ (GOLD 3). 3-я группа – 28 человек (21 мужчины и 7 женщин; средний возраст – $69,71 \pm 1,09$ лет) с диагнозом ХОБЛ (GOLD 4).

Уровни показателей провоспалительного профиля (ИЛ-6, ИЛ-8, СРБ, ФНО- α), противовоспалительного профиля (ИЛ-4, ИЛ-10) – определяли с помощью «сэндвич»-варианта твердофазного иммуноферментного анализа. Уровень мелатонина определяли с помощью «сэндвич»-варианта твердофазного ИФА с использованием наборов реактивов IBL International GmbH (Германия).

Результаты. Показатели провоспалительного профиля – ИЛ-6, ИЛ-8, СРБ и ФНО-альфа были достоверно выше у пациентов с ХОБЛ (GOLD 4) по сравнению с пациентами с ХОБЛ (GOLD 3) на 6,68; 4,00; 6,36 и 6,82 пг/мл соответственно и по сравнению с пациентами с ХОБЛ (GOLD 2) на 10,39; 8,36; 13,44 и 11,21 пг/мл соответственно, и у пациентов с ХОБЛ (GOLD 3) по сравнению с пациентами с ХОБЛ (GOLD 2) на 3,71; 4,36; 7,08 и 4,39 пг/мл соответственно. Показатели противовоспалительного профиля – ИЛ-4 и ИЛ-10 были достоверно ниже у паци-

ентов с ХОБЛ (GOLD 4) по сравнению с пациентами с ХОБЛ (GOLD 3) на 0,34 и 1,57 пг/мл соответственно и по сравнению с пациентами с ХОБЛ (GOLD 2) на 1,10 и 2,98 пг/мл соответственно, и у пациентов с ХОБЛ (GOLD 3) по сравнению с пациентами с ХОБЛ (GOLD 2) на 0,76 и 1,41 пг/мл соответственно. Также в исследовании выявлена зависимость уровня мелатонина в крови у пациентов с ХОБЛ в обратной зависимости от степени тяжести: 23,62±2,14 ХОБЛ (GOLD 2); 18,16±1,03 ХОБЛ (GOLD 3), 12,32±0,69 ХОБЛ (GOLD 4) соответственно.

Выводы. Уровень мелатонина в биологических средах (кровь, моча) статистически значимо напрямую связан с состоянием антиоксидантной, иммунной системы организма, степенью выраженности системного воспаления. Низкий уровень мелатонина в биологических средах (кровь, моча), дисбаланс в системе провоспалительных и противовоспалительных цитокинов ассоциированы со сниженными антиоксидантными защитными факторами организма, поддержанием активности системного хронического воспаления, ухудшением иммунного статуса пациентов с ХОБЛ.

РОЛЬ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ В ПРОЦЕССАХ СТАРЕНИЯ

Тополянская С.В.

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова,
Москва

Под понятием «Inflamm-aging» подразумевают особую роль воспаления в процессах старения. Такого рода воспаление описывают пятью основными свойствами: незначительное, контролируемое, бессимптомное, хроническое и системное. В отличие от обычного воспалительного ответа на какой-либо патологический агент, воспаление по мере старения не исчезает, а стабильно сохраняется, приводя к различным патологическим изменениям: атеросклерозу, ишемической болезни сердца, сахарному диабету 2 типа, остеопорозу, саркопении, деменции, онкологическим и другим заболеваниям. Повышенное содержание таких провоспалительных цитокинов, как фактор некроза опухоли-альфа (ФНО-α) и интерлейкин-6 (ИЛ-6), в сыворотке пожилых людей связано с различными заболеваниями, инвалидизацией и смертностью. ФНО-α и ИЛ-6 рассматривают нередко как мультифункциональные цитокины, обладающие важными регулирующими свойствами в иммунных процессах, метаболизме жиров, белков,

углеводов и в метаболизме костной ткани, а также в индукции прокоагулянтного состояния.

Основная цель нашего исследования заключалась в определении концентрации фактора некроза опухоли-альфа (ФНО-α) и интерлейкина-6 в сыворотке крови и анализе взаимосвязей этих провоспалительных цитокинов с рядом патологических состояний у больных старческого возраста с диагнозом ИБС.

Материалы и методы. Данная работа представляла собой одномоментное («поперечное») исследование. В исследовании принимали участие больные старше 75 лет, находящиеся на стационарном лечении с диагнозом «ИБС». Основные критерии исключения: наличие каких-либо инфекционных, воспалительных или онкологических заболеваний.

В исследование по изучению фактора некроза опухоли-альфа были включены 130 больных. 102 пациента страдали ИБС и составили основную группу, 28 больных без ИБС – контрольную группу. Средний возраст включенных в исследование больных достигал 89,3±4,6 лет, варьируя от 77 до 101 года. Более половины пациентов (56,2%) были в возрасте 90 лет и старше, лиц в возрасте от 75 до 80 лет было всего 5 (3,8%). Большинство больных (65,4%) составляли женщины, на долю мужчин приходилось 34,6%. Концентрацию ФНО-α в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа; нормальные значения ФНО-α составляли менее 8,1 пг/мл.

В исследование по изучению интерлейкина-6 было включено 50 больных. 34 пациента страдали ИБС и составили основную группу, 16 больных без ИБС – контрольную группу. Средний возраст включенных в исследование больных достигал 89,1±5,2 года, варьируя от 78 до 98 лет. Более половины пациентов (53,1%) были в возрасте 90 лет и старше, лиц в возрасте 78-80 лет было всего трое (6,1%). Большинство больных (63,3%) составляли женщины, на долю мужчин приходилось 36,7%. Концентрацию интерлейкина-6 в сыворотке крови определяли посредством иммуноферментного анализа. Нормальные показатели сывороточного уровня интерлейкина-6 были ниже 7,0 пг/мл.

Результаты. Средняя по группе концентрация ФНО-α достигала 10,2±5,0 пг/мл (от 4,0 до 31,9 пг/мл). Повышение уровня ФНО-α обнаружено у 64,2% больных. Содержание ФНО-α было выше у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (p=0,002), фибрилляцией предсердий (p=0,03) и с гиперурикемией (p=0,007). При корреляционном анализе выявлена достоверная позитивная корреляция между уровнем ФНО-α и мочевиной (r=0,52; p=0,00004), между концентрацией ФНО-α

и содержанием β -Cross Laps (продуктов деградации коллагена I типа) ($r=0,53$; $p=0,0001$), а также с уровнем креатинина в сыворотке крови ($r=0,26$; $p=0,04$). Кроме того, обнаружена отрицательная корреляция между показателями ФНО- α и концентрацией общего холестерина ($r=-0,3$; $p=0,005$) и ХС-ЛПВП ($r=-0,6$; $p=0,001$), а также между ФНО- α и лептином ($r=-0,3$; $p=0,01$). Отмечено снижение концентрации ФНО- α по мере увеличения возраста больных ($r=-0,38$; $p=0,001$).

Повышенный уровень интерлейкина-6 в сыворотке крови обнаружен у 49% больных. Среднее содержание ИЛ-6 составило $7,96 \pm 5,1$ пг/мл, находясь в пределах от 1,5 до 30,6 пг/мл. У больных ИБС средняя концентрация интерлейкина-6 достигала 10,9 пг/мл, тогда как в группе пациентов без ИБС средние значения ИЛ-6 составляли 5,9 пг/мл ($p=0,02$). Клинически значимая сердечная недостаточность встречалась достоверно чаще среди больных с повышенной концентрацией интерлейкина-6 в сыворотке крови при сравнении с пациентами, имевшими нормальное содержание ИЛ-6 (45,8% и 16% наблюдений, соответственно). В группе больных ХСН зарегистрированы достоверно более высокие значения ИЛ-6 в сыворотке крови по сравнению с пациентами без выраженной ХСН (13,3 и 7,6 пг/мл, соответственно; $p=0,04$). Вероятность обнаружения повышенного уровня ИЛ-6 у больных с клинически значимой сердечной недостаточностью повышалась в 4,4 раза, сравнительно с соответствующими показателями у больных без ХСН (Отношение шансов (ОШ)=4,4; $p=0,02$). Среди больных с гиперурикемией средние значения ИЛ-6 в сыворотке крови составили $10,5 \pm 3,1$ пг/мл, в то время как у пациентов с нормальным уровнем мочевой кислоты – $7,1 \pm 3,1$ пг/мл ($p=0,001$). Вероятность обнаружения повышенного уровня ИЛ-6 у больных с гиперурикемией повышалась в 9,7 раза, по сравнению с соответствующими показателями у пациентов с нормальным содержанием мочевой кислоты (ОШ=9,7; $p=0,003$). При проведении корреляционного анализа была выявлена достоверная прямая корреляция между содержанием ИЛ-6 и мочевой кислоты в сыворотке крови ($R=0,31$; $p=0,03$). Выявлены достоверные различия между больными с повышенным и нормальным уровнем интерлейкина-6 в сыворотке крови по содержанию ФНО-альфа ($9,0 \pm 5,5$ и $6,1 \pm 1,8$ пг/мл, соответственно, $p=0,01$). При проведении корреляционного анализа обнаружена достоверная прямая корреляция между уровнями интерлейкина-6 и ФНО- α ($R=0,34$; $p=0,01$). Другие результаты корреляционного анализа свидетельствовали о достоверной прямой корреляции между уровнем ИЛ-6 и креатинина ($R=0,35$; $p=0,01$).

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о частом повышении содержания ФНО- α и интерлейкина-6 в сыворотке крови больных старческого возраста, страдающих ИБС. Более высокие уровни ФНО- α и интерлейкина-6 ассоциируются с хронической сердечной недостаточностью и гиперурикемией. Необходимы дальнейшие исследования по изучению роли ФНО- α и ИЛ-6 в субклиническом воспалении и в развитии ряда патологических состояний у лиц старческого возраста.

БИОЭЛЕМЕНТНЫЙ СТАТУС И РИСК РАЗВИТИЯ ОСТЕОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖИТЕЛЕЙ СЕВЕРА

Топорков М.М., Аганов Д.С.,
Тыренко В.В., Свиницкая И.С.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Введение. Российская Федерация является самой большой в мире по территории приполярной, арктической страной. В условиях Севера, по-прежнему сохраняется проблема нарушения минерального обмена костной ткани. К факторам, приводящим к развитию раннему развитию остеопенического синдрома: низкая температура среды, фотопериодичность, ионизация воздух, перепады атмосферного давления, низкая парциальная плотность кислорода в воздухе. Помимо этого, неблагоприятное воздействие природно-климатических условий может дополняться модифицированными факторами риска, такие как курение, гиподинамия, недостаточное потребление кальция, злоупотребление алкоголем.

Цель исследования. Оценка нарушения минерального обмена костной ткани у жителей Севера, выявить взаимосвязь с биоэлементным статусом с минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у жителей Севера.

Материалы и методы. С целью оценки нарушений минерального обмена костной ткани обследовано 69 мужчин в возрасте 25-45 лет. В 1-ю группу вошли 29 человек, проживающих в условиях Севера (г. Североморск). Оценка МПКТ проводилась с помощью денситометра «Osteometer DTX 200». Количественный анализ содержания эссенциальных и токсических элементов в пробах волос выполнен с помощью масс-спектрометрии с индуктивно-связанной плазмой на приборе «MS X-Series II». У всех обследуемых определяли содержание 29 биоэлементов (Na, Mg, P, Al, Ca, V, Cr, Mn, Co, Ni,

Cu, Zn, As, Rb, Sr, Ag, Cd, Pb, Hg, Se, I, B, Be, K, Tl, Ba, Li, Cs, Fe. Во 2 группу вошли 40 жителей Северо-Западного региона (г. Санкт-Петербург). Все обследуемые были сопоставимы по возрасту, росту, массе тела и курению.

Результаты и обсуждение. В условиях Севера выявлено значимое снижение МПКТ, а также дефицит эссенциальных элементов у данного контингента. Так, при денситометрии в 1 группе среднее значение Z-критерия составило $0 \pm 1,8SD$, изменения костной массы соответствующее Z-критерию менее $-2,0 SD$ определялись у 31%, в то время как во 2 группе среднее значение Z-критерия составило $1,1 \pm 1,1 SD$, снижение Z-критерия $\leq -2 SD$ наблюдалось у 7,5% человек. Анализ биоэлементного статуса волос выявил отклонение референтного интервала у 100% обследуемых. В дальнейшем для выявления взаимосвязи элементного статуса и МПКТ обследуемые были разделены также на 2 группы в зависимости от МПКТ: 1-я группа – лица, проживающие в условиях Севера с показателем Z-критерия $\leq -2,0 SD$ (9 человек), 2-я группа – лица, проживающие на Северо-Западе с нормальным показателем Z-критерия (37 человека).

Согласно полученным результатам исследования эссенциальных элементов в пробах волос в обеих группах, у 100% обследуемых регистрировалось снижение ниже границ референтного интервала уровня кобальта, селена и йода, при этом по результатам анализа уровня содержания селена и йода межгрупповых различий не выявлено ($p > 0,05$). У 100% жителей Севера, со сниженным показателем МПКТ уровень бария находился выше границ референтного интервала и достоверно отличался от группы с нормальными показателями МПКТ ($p < 0,05$). В группе со снижением МПКТ так же выявлено достоверное снижение бора, магния, кальция, ванадия ($p < 0,05$) и достоверное повышение хрома, марганца и меди ($p < 0,05$). В результате количественного исследования токсических элементов в пробах волос в группе со снижением МПКТ Z-критерий $\leq -2,0 SD$ обнаружено достоверное ($p < 0,05$) повышение ртути, рубидия, стронция и цезия.

Выводы. Таким образом, выявленные нарушения элементного статуса у жителей Севера, носят многокомпонентный характер. На фоне повышенного содержания эссенциальных элементов в ряде случаев выявлено повышенное содержание токсических элементов. Практически все вышеперечисленные элементы как напрямую, так и опосредованно участвуют в метаболизме костной ткани, в связи с чем лицам, проживающим в условиях Севера требуется коррекция выявленных нарушений для профилактики остеопенического синдрома.

ВОЛЧАНОПОДОБНЫЙ СИНДРОМ ОБРАТИМОГО ТИПА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Трофимов Е.А., Мазуров В.И.
Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить этапы развития и течения волчаноподобного синдрома в период беременности.

Материалы и методы. Проведено обследование 250 беременных пациенток с иммуновоспалительными заболеваниями суставов (ИВЗС). В низких титрах (до 1:160) антинуклеарный фактор (АНФ) может отмечаться у 1-2% здоровых лиц и родственников больных с системными аутоиммунными заболеваниями. Частота положительных титров в популяции несколько увеличивается с возрастом. Низкие титры АНФ могут встречаться при многих аутоиммунных, инфекционных и онкологических заболеваниях.

Позитивность по АНФ ($> 1:160$) на клеточной линии HEp-2 в проведенном исследовании отмечалась у 62,8% пациенток, а разброс значений этого показателя в когорте обследованных больных составлял $40 \div 1280$. Характерной особенностью являлась нормализация антинуклеарных антител через 12 месяцев после родоразрешения ($40 \div 160$) без трансформации в СКВ или другие аутоиммунные заболевания. Статистически значимых отличий ($P > 0,05$) между уровнями АНФ в разных триместрах беременности выявлено не было.

В нашем исследовании определялись различные типы свечения ядра, обусловленные широким спектром антител, которые находили свои мишени внутри клетки. Так, у подавляющего большинства пациентов (61,15%) был выявлен мелкогранулярный тип свечения, крупногранулярный встречался у 15,48% пациенток, а цитоплазматический и ядрышко-кый – 13,78% и 9,59% соответственно.

Не удалось установить прямых связей между уровнем АНФ и недоношенностью ($P = 0,652$), врожденными аномалиями у новорожденного ($P = 0,648$), а также преждевременными родами и низкой массы при рождении ($P > 0,05$).

Положительные результаты определения АНФ не имели доказанного диагностического и прогностического значения у пациенток с ИВЗС во время беременности. При оценке возможного влияния этого маркера на обострение суставного синдрома во время или после окончания гестации достоверных отличий обнаружено не было ($P > 0,05$).

Складывается впечатление, о том, что только один АНФ (HEp-2) в титре <1:1280 при наличии беременности не может быть достоверным тестом в диагностике аутоиммунной патологии. Повышение значений этого теста более чем 1:2560 может служить маркером дебюта системных заболеваний соединительной ткани и требовать определения экстрагируемых нуклеарных антигенов (ENA). В данный тест следует включать антигены RNP-70, RNP/Sm, Sm, SS-A (52/60 кДа), SS-B, Scl-70, центромерный белок В и Jo-1. Использование определения антител к экстрагируемым антигенам совместно с выявлением АНФ позволит избежать ложно-положительных результатов тестирования при ИВЗС.

Антитела к двухцепочечной ДНК (дсДНК) традиционно используют с одновременным назначением антинуклеарного фактора на клеточной линии HEp2 для диагностики, дифференциальной диагностики и мониторинга системной красной волчанки, волчаночного гломерулонефрита. Следует отметить, что, пограничные уровни дсДНК могут встречаться при различных аутоиммунных и инфекционных заболеваниях: при инфицировании вирусом гриппа, ревматоидном артрите, хроническом активном гепатите, инфекционном мононуклеозе и др.

С учетом положительного АНФ практически у всех (82,7%) пациентов с ИВЗС, особенно у женщин с недифференцированным артритом во время беременности, где возможна трансформация в СКВ, были определены антитела к дсДНК. Так как в настоящем исследовании определялись преимущественно невысокие титра дсДНК (6 (4; 14) Ед/мл), то нам не удалось установить значимые отличия между уровнем этих антител в группах с обострением и без обострения ИВЗС ($P > 0,05$).

Также не были выявлены статистически значимые связи между уровнем дсДНК, АНФ и недоношенностью ($P=0,2363$ и $P=0,0882$), врожденными аномалиями у новорожденных ($P=0,0519$ и $P=0,4281$), а также преждевременными родами ($P=0,0792$ и $P=0,1637$) и низкой массой тела при рождении ($P=0,1367$ и $P=0,3526$).

Положительный титр АНФ, пограничные значения дсДНК, гипокомплементемия носили транзиторный характер (нормализовались после окончания лактации) и трактовались нами как СКВ-подобный синдром беременных, не требующий фармакологической коррекции.

Выводы. При беременности у 62,8% пациенток с ИВЗС наблюдался волчаночноподобный синдром обратимого типа, характеризующийся транзиторным повышением титра АНФ, антител к двуспиральной ДНК, гипокомплементемией и прекращающийся у 95,4% обследованных после разрешения или окончания лактации без медикаментозной терапии.

НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ АРТРИТЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Трофимов Е.А., Мазуров В.И.

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить этапы развития и течение недифференцированного артрита в период беременности (НДАБ).

Материалы и методы. В период с 2011 по 2019 год на базах ревматологического отделения и кабинета генно-инженерных биологических препаратов ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, родильного отделения и клинико-диагностического центра клиники «Скандинавия», репродуктологического отделения клиники «АВА-ПЕТЕР», поликлинического отделения №2 и родового отделения №2 ФГБНУ «НИИ АГиР им. Д.О. Отта» были сформированы когорты беременных, страдавших различными ревматическими заболеваниями.

Результаты. В группу НАДБ вошли 52 беременные, средний возраст больных составил 34 (28,5; 37) лет. У 21 (40,38%) женщин был отягощенный акушерский анамнез: старший репродуктивный возраст (36,65%), бесплодие (11,54%), невынашивание беременности (7,69%) и др.

Экстрагенитальные коморбидности у пациенток с НАДБ были выявлены в 29,63%. У 4 (7,41%) пациенток был выявлен гипотиреоз, потребовавший назначения L-тироксина, у 4 (7,41%) беременных – железодефицитная анемия, у 2 (3,7%) обследованной гестационный сахарный диабет и 6 (11,11%) женщин – инфекция мочевыводящих путей. Сердечно-сосудистые, ЛОР и инфекционные заболевания были представлены в единичных случаях (1,85%).

В процессе наблюдения было зарегистрировано 52 родов (родилось 54 ребенка, 2 двойни), из них гестозом осложнились 14 (25,93%) беременностей, артериальная гипертензия имела место в 2 (3,85%) случаях, инфекции мочеполовой системы зарегистрированы в 7 (13,46%) случаях, а патология щитовидной железы была выявлена у 5 (9,62%) женщин.

У большинства пациенток НАДБ суставной синдром дебютировал в рамках первой беременности ($n=46$; 43,42%), при второй беременности он составлял 15,38%. Суставной синдром у больных НАДБ характеризовался вовлечением в патологический процесс всех групп суставов. Однако был выявлен ряд закономерностей в морфогенезе этих клинических проявлений. Так, коленный сустав вовлекался в патологический процесс 82,69% ($n=43$), а поражение суставов кистей было не характерно для этой группы беременных и встречалось только

у 9 (15,52%) женщин. Вовлечение тазобедренного сустава обнаруживалось у 34 (43,59%) женщин. Поражение голеностопного лучезапястного суставов относилось к редким локализациям в когорте НДАБ – 8 (7,92%) и 9 (20,0%) пациенток соответственно.

Моноартрит обнаруживался у 6 (11,54%) женщин с НДАБ. Олигоартрит встречался у 41 (77,36%) пациентки, а полиартрит определялся лишь у 5 (10,64%) больных НДАБ. Очень часто ($n=47$; 90,38%) поражение суставов при НДАБ носили асимметричный характер.

У подавляющего большинства пациенток ($n=32$; 61,54%) время дебюта НДАБ находится в интервале между 15 и 30 недель ($15 < \text{НДАБ} < 30$).

При проведении анализа возможных триггеров НДАБ обратила на себя внимание высокая частота ($n=13$; 25%) применения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в данной группе. Так, использовались все возможные методы ВРТ с приблизительно одинаковой частотой: ИКСИ (ICSI, инъекция сперматозоида в цитоплазму ооцита) – 2 (15,38%), ЭКО в стимулированном цикле – 7 (53,85%) («короткий» протокол – 2 (15,38%), «длинный» протокол – 5 (38,46%), ЭКО в естественном цикле – 1 (7,69%), криопротокол – 3 (23,08%).

Болевой синдром при НДАБ относился к мало- и среднеинтенсивному во время клинической манифестации: 0-4 баллов – 36,3%, 4-7 баллов – 47,6% и 8-10 баллов – 16,1%. На 35-40 неделе гестации отмечались максимальные значения ВАШ боли: 0-4 баллов – 16,4%, 4-7 баллов – 55,4% и 8-10 баллов – 28,2%. После родоразрешения обращало на себя внимание существенное улучшение самочувствия пациенток и уменьшение выраженности ВАШ боли: 0-4 баллов – 77,08%, 4-7 баллов – 13,3% и 8-10 баллов – 9,62%. Снижение интенсивности болевого синдрома у пациенток с НДАБ во время (25-30 неделя) и после гестации (1-3 месяца) имело статистически значимые различия высокой степени достоверности ($P < 0,01$).

Всем пациенткам с НДАБ для уточнения структурных поражений суставов проводилось ультразвуковое обследование соответствующих отделов опорно-двигательного аппарата. Так, синовит встречался у 34 (39,5%) пациенток данной группы. Выпот в полости сустава возникал на ранних стадиях болезни и обычно был связан с острым воспалением или обострением процесса. Патологический выпот в полости любого сустава выявлялся преимущественно гипо- и анэхогенным, смещающим капсулу сустава или заполняющим синовиальные его сумки, имеющие сообщение с синовиальной полостью, как например в коленном суставе. У подавляющего большинства пациенток с НДАБ (86,54%) синовит, проявлялся патологическим выпотом без пролиферативного компонента со стороны синови

и полностью регрессировал после родоразрешения. У 5 (9,62%) больных НДАБ выявлено увеличение объема синови, что связано с развитием раннего РА у этих пациентов.

Выводы. Недифференцированный артрит во время беременности дебютировал между 15 и 30 неделями гестации и характеризовался асимметричным олигоартритом, а также патологическим выпотом без пролиферации синови по данным УЗИ.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Трофимов Е.А., Мазуров В.И.,
Шостак М.С., Самигуллина Р.Р.,
Мельников Е.С., Башкинов Р.А.

Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить распространенность иммуновоспалительных заболеваний суставов у беременных.

Материалы и методы. В период с 2011 по 2019 год на базах ревматологического отделения и кабинета генно-инженерных биологических препаратов ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, родильного отделения и клинко-диагностического центра клиники «Скандинавия», репродуктологического отделения клиники «АВА-ПЕТЕР», поликлинического отделения №2 и родового отделения №2 ФГБНУ «НИИ АГиР им. Д.О. Отта» были сформированы когорты беременных, страдавших различными ревматическими заболеваниями (РЗ).

В исследование были включены беременные РЗ (МКБ X M00-M99), проходившие амбулаторное или стационарное лечение в представленных выше центрах, при условии подписания информированного согласия.

Результаты. За время проведения набора в исследование было осмотрено 7996 женщин, из которых у 364 (4,55%) были выявлены РЗ. В целом, структура экстрагенитальной патологии (ЭГП) у женщин, включенных в исследование, соответствовала многочисленным национальным ретроспективным исследованиям. Так, частота сердечно-сосудистых заболеваний составляла 1621 (20,27%), а инфекционных (в основном инфекция мочевыводящих путей) – 1064 (13,3%). Обратила на себя внимание достаточно высокая распространенность эндокринопатий – более 18% (1456 женщин). В структуре эндокринной патологии главенствующая роль принадлежала геста-

ционному сахарному диабету (8,52%), прогестерон-дефицитным состояниям (7,42%) и заболеваниями щитовидной железы (6,32%). Частота встречаемости анемического синдрома различного генеза составляла от 27,1% до 36,4% в зависимости от возрастной группы и активности воспалительного процесса.

По результатам многочисленных национальных исследований дегенеративно-дистрофические заболевания суставов являются наиболее распространенными РЗ в Российской Федерации. Первичная заболеваемость остеоартритом (ОА) в 2018 году составила 700-1400 человек на 100 тыс. населения в зависимости от региона проживания. Однако в нашем исследовании подавляющее число пациентов страдали ревматоидным артритом (РА) (n=82; 22,53%) и спондилоартритами (n=64; 17,58%). Распространенность ОА и псориатического артрита (ПсА) была одинаковой, и составляла 13,46% (n=49).

Возможным объяснением превалирования иммуновоспалительных заболеваний суставов (53,5%) над дегенеративно-дистрофическими заболеваниями (13,4%) является возраст пациенток, который составлял $32,7 \pm 6,5$ лет. С учетом высокой фертильности и гестации наличие эстрогензависимого ОА и гормондетерминированного ремоделирования костной, хрящевой и жировой тканей маловероятно. В представленном исследовании подавляющее большинство пациенток (69,4%) имели вторичный (посттравматический) ОА с поражением коленного (36,73%) или тазобедренного (63,27%) суставов.

Системные заболевания соединительной ткани были выявлены у 54 (14,8%) женщин и включали в себя системную красную волчанку (25,9%), антифосфолипидный синдром (38,8%), а также другое или неуточненное аутоиммунное заболевание (14,81%). Наиболее драматично беременность протекала у женщин с наличием как первичного, так и вторичного АФС. Именно в этой группе встречалось наибольшее количество акушерских потерь (35,6%) на всех сроках гестации, а циркуляция (носительство) антифосфолипидных антител обнаруживалась у 21,5% пациенток с ранними выкидышами, у 16,3% женщин с поздними выкидышами и у 32,6% обследованных с ранними преембрионическими потерями.

У 19 (7,6%) больных был определен СКВ-подобный синдром, зачастую носящий транзиторный характер и прекращающийся после родоразрешения (95,4%). Лишь у одной пациентки отмечалась трансформация в СКВ, подтвержденную критериями SLICC (2012 г.).

Выводы. РЗ в структуре экстрагенитальной патологии у беременных составляют 4,55%. У пациенток с РЗ наиболее часто (68,3%) встречались ревматоидный артрит, спондилоартриты, недифферен-

цированные артриты и системная красная волчанка, а заболеваемость остеоартритом составляла 13,46%.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ИСХОДЫ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПОСЛЕ УСТАНОВКИ ЭВЕРОЛИМУС- ПОКРЫТЫХ СТЕНТОВ ПРИ РАЗНЫХ ФОРМАХ ИБС

Трусов И.С., Нифонтов Е.М.,
Медведев А.Э., Ищенко А.В.

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

Цель. Выявить клинико-лабораторные показатели, влияющие на риск повторной реваскуляризации у пациентов с ИБС после имплантации эверолимус-покрытых стентов.

Материалы и методы. В исследование включены 178 пациентов с острым коронарным синдромом и стабильной ИБС, которым были установлены эверолимус-покрытые стенты. Оценивались основные клинико-лабораторные показатели пациентов по данным медицинской документации на момент стентирования. В качестве комбинированной конечной точки оценивалась смерть от сердечно-сосудистых событий, инфаркт миокарда в бассейне стентированной артерии или повторная реваскуляризация стентированного сосуда в течение года после установки стента.

Результаты. За время наблюдения комбинированная конечная точка была достигнута в 21 случаях из 178 (11,7%), в большинстве случаев в связи с повторным коронарным вмешательством. Группы пациентов не отличалась по возрасту, полу, фракции выброса левого желудочка на момент установки стента. На риск неблагоприятных исходов реваскуляризации не влияла форма ИБС (острый коронарный синдром или стабильная стенокардия), как и тип острого коронарного синдрома. При анализе факторов, влияющих на риск достижения комбинированной конечной точки после имплантации эверолимус-покрытых стентов, наиболее значимыми стали сахарный диабет, инфаркт миокарда, индекс массы тела пациента, уровень тиреотропного гормона, скорость клубочковой фильтрации, уровень мочевины, уровень триглицеридов плазмы крови, а также предшествующая установка стента в зону рестеноза предыдущего стента. По данным многофакторного регрессионного анализа наиболее значимыми фак-

торами, влияющими на развитие конечной точки, стали стентирование предшествовавшего рестеноза (ОШ 11,57; 95% ДИ 1,56 – 85,53; $p=0,016$), скорость клубочковой фильтрации (ОШ 0,94; 95% ДИ 0,89 – 0,99; $p=0,034$), индекс массы тела пациента (ОШ 0,75; 95% ДИ 0,60 – 0,94; $p=0,012$), возраст на момент стентирования (ОШ 0,91; 95% ДИ 0,84 – 0,99; $p=0,025$), наличие инфаркта на момент имплантации стента (ОШ 6,14; 95% ДИ 1,13 – 33,38; $p=0,036$).

Выводы. Наиболее значимыми факторами риска неблагоприятных кардиологических исходов при стентировании коронарных артерий эвероли-мус-покрытыми стентами являются наличие инфаркта миокарда, возраст пациента, индекс массы тела, скорость клубочковой фильтрации и стентирование по поводу рестеноза.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ СИМПТОМОВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

Трухин Г.Д., Поляков А.С.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Целью настоящего исследования является изучение эффективности оценки конституциональных симптомов (КС) у пациентов с Ph⁻негативными миелопролиферативными новообразованиями (Ph⁻МПН) различными средствами исследования качества жизни (КЖ).

Материалы и методы. К настоящему моменту включено 20 пациентов с Ph⁻МПН, проходящие наблюдение и лечение в гематологическом отделении клиники факультетской терапии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова. Пациенты отобраны в соответствии с разработанными критериями включения. Оценка КЖ пациентов произведена с помощью 4 опросников (SF-36, EQ-5D-5L, EORTC QLQ-C30, МПН-10). В рамках исследования пациентами самостоятельно выполнено заполнение 8 комплектов опросников: 4 раза с интервалом в 1 неделю, 4 раза с интервалом в 2 недели. На данном этапе исследования произведена первичная статистическая обработка полученных данных в виде корреляционного анализа с применением коэффициента Spearman.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного корреляционного анализа установлено, что между влиянием КС, оцениваемых с помощью

МПН-10 и изменением КЖ, оцениваемого с помощью EORTC QLQ-C30, EQ-5D-5L, SF-36 выявлены корреляции различной степени выраженности. Наиболее высокая отрицательная корреляция выявлена у опросника EQ-5D-5L (-0,436812). Менее выраженная корреляционная связь отмечается в опроснике SF-36 (-0,327299). Опросник EORTC QLQ-C30 в меньшей степени коррелирует с влиянием КС (-0,285230). В каждом отдельном случае коэффициент корреляции рассчитывался для всех шкал опросников EORTC QLQ-C30, EQ-5D-5L, SF-36). Шкалы «ВАШ» и «ИЗ» опросника EQ-5D-5L имеют наибольший отклик (проявляющийся изменением качества жизни) от влияния КС (-0,504901 и -0,483015 соответственно). Менее чувствительными являются шкалы опросника SF-36 «РФФ» (-0,457723), «ИБ» (-0,452507), «ФКЗ» (-0,411316), «РФЭ» (-0,390120), «ОСЗ» (-0,330403), «ЖА» (-0,317741) «СФ» (-0,308215) и опросника EORTC QLQ-C30 «QL» (-0,404449), «EF» (-0,341358).

Выводы. Данное исследование показывает, что конституциональные симптомы являются одним из наиболее важных факторов, оказывающих отрицательное влияние на качество жизни пациентов с Ph⁻МПН. Конституциональные симптомы данной группы пациентов оказывают влияние на большинство аспектов качества жизни, оцениваемых опросником SF-36. Наиболее чувствительным к влиянию конституциональных симптомов заболевания инструментом оценки качества жизни у большинства обследованных пациентов оказался опросник EQ-5D-5L. Низкая выраженность специфических конституциональных симптомов у большинства пациентов с Ph⁻МПН и обусловленная этим недостаточная эффективность болезнь-специфичного опросника МПН-10 обосновывают необходимость его совместного практического применения с опросником EQ-5D-5L.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЖЕЛУДКА, ЗНАЧЕНИЕ В ПРАВИЛЬНОЙ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА

Тряпицын А.В., Мальков В.А., Гасанов Э.М.

Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург

Цель работы. Познакомить врачей с проблемой отсутствия гистологического исследования биоптатов желудка в рутинной работе учреждений

здравоохранения. Продемонстрировать современные возможности гистологического исследования биоптатов при заболеваниях желудка и поредления онкологического риска.

Материалы и методы. Ретроспективно было проанализировано 2982 эндоскопических исследования во время которых рутинно осуществлялся забор материала для гистологического исследования биоптатов. Окраска биоптатов осуществлялась методом гематооксилин-эозин и дополнительно по Гимзе для диагностики *H. Pylori* инфекции. При подозрении на нейроэндокринную неоплазию дополнительно проводилось иммуногистохимическое типирование. Дополнительно было проанализировано 56 эндоскопических заключений по результатам которых были выявлены признаки атрофии с кишечной метаплазией и интраэпителиальной неоплазией низкой степени на наличие визуальных признаков данного предракового состояния.

Результаты. Из 2982 гистологических исследований в 1273 случае (42,7%) было выявлено обсеменение *H. Pylori*. В 726 случаях (24,3%) была выявлена кишечная метаплазия слизистой оболочки желудка. В 66 случаях (2,21%) была выявлена интраэпителиальная неоплазия низкой степени. По 2 х биоптатах была выявленная неопределенная неоплазия и в 4 неоплазия высокой степени. Также в 3х случаях при исследовании биоптатов обнаружилась аденокарцинома желудка, при этом каких либо существенных внешних отличий слизистой от окружающих тканей макроскопически не наблюдалось.

Отдельный интерес представляли гастриты с преимущественным поражением фундального отдела желудка. Оно отмечалось в 168 случае (5,63%). Часть из них в дальнейшем подверглось дополнительной верификации серологическим методом и практически во всех случаях выявлялись маркеры аутоиммунного воспаления в различных сочетаниях. Также при фундальном гастрите встречались ацинарноклеточная (6 случаев – 3,6%), кишечная (147 случаев – 87,5%) и псевдопилорическая (82 случая – 48,8%) метаплазия слизистой. В 13 случаях от всех наблюдений было выявлено эозинофильноклеточное воспаление слизистой желудка, однако во всех случаях оно ассоциировалось с фундальным гастритом. На фоне фундального гастрита также отмечалась нейроэндокринная неоплазия слизистой оболочки, которая была обнаружена в 9 случаев из всех исследований или в 5,35% от числа фундальных (аутоиммунных) гастритов.

Суммарно *H. Pylori*-ассоциированный и фундальный (аутоиммунный) гастрит составили 1417 случаев (47,5%). В 286 биоптатах (10,6%) сохранялись воспалительный и/или атрофические изменения и/или метапластические изменения которые, как

правило не имели высокой активности и и выраженного воспаления. В большинстве случаев эти состояния интерпретировались по анамнезу как остаточные воспалительные изменения после эрадикации *H. Pylori* или как химические рефлюкс гастриты. Также при эндоскопических исследованиях специалисты часто описывали эрозивное поражение, характерное для воздействия лекарственных средств, в том числе и аспириносодержащих. Однако, при этом врачи патологи, не находили признаков хронического воспаления, отмечали в биоптатах признак повреждения слизистой различной глубины.

В остальных 1279 случаях (42,9%) не отмечалось значимого воспаления и атрофических изменений, по классификации OLGA их относили к 0-I стадии и не могли быть классифицированы ни в один раздел Сиднейской классификации и не имели показаний к назначению какой-либо специфической терапии.

При анализе 56 случаев хронического атрофического гастрита с кишечной метаплазией слизистой, подтвержденной морфологически, последняя была заподозрена эндоскопистом только в 11 исследованиях, таким образом чувствительность эндоскопического метода для диагностики данной нозологической формы составила 19,6%. При анализе 11 случаев хронического атрофического гастрита с кишечной метаплазией и интраэпителиальной неоплазией слизистой желудка, подтвержденных морфологически, последняя не была заподозрена ни в одном из эндоскопических исследований, в то время как кишечная метаплазия была заподозрена в 6 случаях.

Обсуждение результатов. Таким образом, проведенный анализ показал, что в рутинной практике наиболее частыми нозологическими единицами являются *H. Pylori*-ассоциированный гастриты 1273 случая, что составило 42,7% от всех морфологических исследований или 74,8% от всех случаев расцененных как хронический гастрит. Фундальные гастриты, которые в подавляющем большинстве случаев ассоциировались с маркерами аутоиммунного воспаления составили 168 случаев, что составляет 5,6% от всех обследуемых или 9,86% от выявленных хронических гастритов. Остальные 286 случаев не имели признаков специфического воспаления и их причину удалось установить лишь анамнестически, от общей группы обследованных они составили 10,6% и 16,8% от группы с хроническими гастритами. При этом, анализ самих эндоскопических исследований показал, что на основании макроскопической картины, даже с применением техники экспертного класса, невозможно установить этиологию и характер имеющегося воспаления а также риск рака желудка. Что касается особых форм гастрита, которые включены в Сид-

нейскую классификацию, то с некоторой степенью допущения, используя дополнительно анамнестические данные в ряде случаев можно было говорить о химических рефлюкс-ассоциированных гастритах, а все случаи гастритов, сочетающихся с эозинофильноклеточным воспалением укладывались в рамки аутоиммунного и не встречались нам как отдельные нозологические единицы. Описанные в литературе и приведенные в классификации микотические и бактериальные поражения не связанные с *H. Pylori*, не встречались в нашей выборке и вероятнее всего имеют место при системных микозах или иммунодефицитных состояниях. Целесообразность их выделение в качестве отдельной нозологической единицы в отрыве от основного заболевания, как и многих других особых форм, в контексте полученных данных, дискутабельна.

Таким образом, на основании проведенного анализа можно с уверенностью утверждать, что если в задачи эндоскопического исследования входит постановка правильного диагноза, а также оценка риска рака желудка, то без проведения стандартной мультифокальной биопсии с последующим гистологическим исследованием эта миссия не выполнима.

ИЗУЧЕНИЕ ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Удодов Ф.Ю., Хорошунова М.Е.,
Гапоненко В.А., Овсянников Е.С.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Согласно статистике Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) каждый год от неинфекционных заболеваний умирает 41 миллион человек, что составляет 71% всех случаев смерти в мире. Замечено, что пациенты, страдающие патологии сердечно-сосудистой системы, подвержены большему риску развития депрессивного синдрома, что оказывает негативное влияние и на течение основного заболевания.

Цель работы. Изучение особенностей выраженности депрессивного синдрома у пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы.

Задачи. 1. Проведение анкетирования с использованием шкалы-опросника «CES-D» среди пациентов кардиологических отделений. 2. Систематизация результатов опроса и анализ полученных данных.

Материалы и методы. Нами были проанализированы результаты анкетирования (шкала-опросник «CES-D») [6], данные медицинских карт 75 пациентов, находящихся на стационарном лечении в кардиологических отделениях БУЗ ВО ВГКБСМП №1.

Пациенты разделены на сопоставимые группы в соответствии со следующими критериями: пол, возраст, уровень образования, семейный статус, сопутствующая патология, работающий или безработный/пенсионер, также пациенты разделены на группы в соответствии с диагнозами:

25 пациентов – ишемическая болезнь сердца (ИБС) (стабильная стенокардия напряжения ФК2-3): мужчин 60% (15 пациентов), женщин 40% (10 пациентов), 25 пациентов – гипертоническая болезнь (ГБ) (2 стадия, РССО 3): мужчин 64% (16 пациентов), женщин 36% (9 пациентов), 25 пациентов – ИБС аритмический вариант (персистирующая форма фибрилляции предсердий): мужчин и женщин оказалась поровну. Среди всех пациентов мужчин было 36, женщин 39, средний возраст пациентов составил 64.6 лет.

Результаты. Среди пациентов с ИБС (стабильная стенокардия напряжения ФК2-3). Уровень депрессии: норма 40% – 10 пациентов, легкая 20% – 5 пациентов (Ср.б. 22.5 ± 2.38), средняя 20% – 5 пациентов (Ср.б. 28.2 ± 1.3), тяжелая 20% – 5 пациентов (Ср.б. 34.4 ± 3.5).

Среди пациентов с ГБ (2 стадия, РССО 3). Уровень депрессии: норма 36% – 9 пациентов, легкая 32% – 8 пациентов (Ср.б. 22.8 ± 2.41), средняя 16% – 4 пациента (Ср.б. 28 ± 0.81), тяжелая 16% – 4 пациента (Ср.б. 33.75 ± 1.7).

Среди пациентов с ИБС аритмический вариант (персистирующая форма фибрилляции предсердий). Уровень депрессии: норма 36% – 9 пациентов, легкая 40% – 10 пациентов (Ср.б. 22.1 ± 1.79), средняя 24% – 6 пациентов (Ср.б. 28.1 ± 0.75), тяжелая 0%.

Выводы. 1. Уровень депрессии у пациентов с ИБС (стабильная стенокардия) согласно результатам ответов на шкалу-опросник «CES-D» выше, чем у пациентов, страдающих ГБ и ИБС аритмическим вариантом. 2. Около 65% пациентов имеют депрессию различной степени выраженности, что говорит о низкой эффективности мероприятий, направленных на профилактику депрессий.

Исходя из выше сказанного, становится очевидным, что пациенты, находящиеся на лечение в кардиологических стационарах, требуют проведения дополнительной антидепрессивной терапии, с целью снижения частоты возможных осложнений основного заболевания.

ВНУТРИСЕМЕЙНЫЕ ПРОБЛЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СУСТАВОВ

Уколова Л.А.^{1,2}, Шубина О.С.², Богодерова Л.А.²,
Крашенинина М.П.², Попова М.В.²

¹Новосибирский государственный
медицинский университет,

²Государственная Новосибирская
областная клиническая больница,
г. Новосибирск

Актуальность исследования. В реальной ревматологической практике доминирует биомедицинская модель развития и адаптации, как при анкилозирующем спондилите (АС), так и при ревматоидном артрите (РА). Психосоциальный подход фактически игнорируется. Опосредованное воздействие болезни на личность изменяет и отношение к социальным проблемам. Семейные взаимоотношения – один из важных стабилизирующих и дестабилизирующих факторов в течении болезни.

Цели и задачи исследования. Изучить проблемы во внутрисемейных отношениях у больных с АС. Выявить взаимосвязь внутрисемейных проблем с длительностью заболевания, активностью процесса, уровнем образования пациентов с АС. Сопоставить особенности внутрисемейных отношений у больных с РА и у больных с АС.

Материалы и методы. Обследовано и проанкетировано 22 пациента с верифицированным диагнозом АС на базе ревматологического отделения ГНОКБ в течение 2019 г. Использовалась отечественная рабочая классификация АС 2013 г. Оценка активности заболевания проводилась по индексам BASDAI, ASDAS (СОЭ, СРБ). Публикация «Особенности внутрисемейных отношений в больных с РА», Уколова Л.А., Шубина О.С., 2013 г. Исследовательская работа В.А. Семенова и соавт. «Особенности внутрисемейных отношений у больных с РА» («Авиценна» 2011 г). Опросник «Конструктивно – деструктивная семья», методика «Семейная социограмма». Методический подход обследования пациентов не отличался от обследования у пациентов с АС. Статистическая обработка проводилась с помощью программы Excel 2010.

Результаты и обсуждения. Обследовано 22 пациента с АС, из них 13 мужчин, 9 женщин. Средний возраст мужчин: 41,1±12,5, средний возраст женщин 41,2±5,6. Средняя длительность заболевания у мужчин: 13,9±7,1, у женщин 15,8±8,9. В браке состоит 11 мужчин и 6 женщин. 11 пациентов имеют низкую степень активности заболе-

вания, 9 – умеренную степень активности, 2 пациента – высокую степень активности по шкалам BASDAI, ASDASCPB, ASDASCOЭ. Уровень образования: 6 пациентов имеют средне-специальное, 9 – среднее, 7 – высшее. По результатам семейной социограммы: 31,8% исследуемых характеризуется нежеланием понимать и решать проблемы внутри семьи, 22,7% имеют склонность к отчужденности, у 22,7% диагностируются чувства отчаяния, безысходности. Выявлена прямая слабая зависимость выраженности внутрисемейных проблем от длительности заболевания ($r=0,149895$, $p<0,05$). Достоверной корреляционной связи между степенью выраженности внутрисемейных проблем и степенью активности заболевания не выявлено ($r=-0,21298$, $p<0,05$). При сопоставлении групп обследованных с АС и РА имеются схожие проблемы: склонность к замыканию, нежелание улучшить взаимоотношения в семье. Мужчины с РА и АС характеризуются нежеланием принимать ответственность и проявлять самостоятельность в отношениях. Женщины с РА подчеркивают свое лидерство, в то время как женщины с АС не стремятся к главенствующему положению в семье. И при АС, и при РА нет связи внутрисемейных проблем с уровнем образования. Однако, при АС есть зависимость проблем от длительности заболевания, в то время как у пациентов с РА ее нет.

Выводы. У 60% исследуемых с АС выявлены проблемы во внутрисемейных отношениях, которые возникают даже при минимальной степени активности процесса и имеют прямую связь с длительностью заболевания. Выявлены схожесть и различие психосоциальных проблем в зависимости и от нозологии, и от гендерных признаков, как при АС, так и при РА. При ведении ревматологических больных необходим междисциплинарный подход с участием психотерапевта.

ВНЕКИШЕЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА

Фазылов А.В.¹, Ибрагимов А.Ю.¹, Ахмедов М.А.²

¹Ташкентский институт усовершенствования врачей,

²Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучить группы риска внекишечных-суставных проявлений воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК).

Материалы и методы. Было обследовано 120 больных с ВЗК в возрасте от 16 до 58 лет, сред-

ний возраст составлял 36,1 лет, с длительностью анамнеза заболевания от 3 до 18 лет, находившихся на стационарном лечении в колопроктологическом отделении 1-РКБ МЗ РУз. Среди обследованных, 81 больных (67,5%) составили женщины, мужчин 39 (32,5%) больных. 78 (65%) – больные с язвенным колитом (ЯК), 42 (35%) – с болезнью Крона (БК). Для верификации клинического диагноза ВЗК проводили полные лабораторно-инструментальные исследования (рентгенологические, ультразвуковые, эндоскопические и другие). При необходимости была проведена консультация врачей узких специалистов.

Результаты и обсуждение. Одним из самых распространенных жалоб при ВЗК как ВКП были жалобы на боли в суставах с различной степенью интенсивности. По данным многочисленных авторов до 50% больных с ВЗК имеют по крайней мере одно внекишечное проявление (ВКП), которое может как самостоятельно, так и опосредованно представить активность ВЗК и его осложненные течения.

Все обследованные больные были распределены по степени тяжести течения ВЗК. Полученные результаты показали, что при ЯК легкое течение наблюдалось у 24 (30,77%) из 78 обследованных больных, средне тяжелое течение – у 31 (39,74%), тяжелое течение – у 18 (23,08%) и молниеносное течение у 5 (6,41%). При БК легкое течение наблюдалось у 5 (11,9%) из 42 больных, среднетяжелое – у 17 (40,48%), тяжелое течение – у 15 (35,71%) и молниеносное – у 5 (11,9%) больных.

Как известно все проявления артропатии подразделяются на периферические: I тип и II тип, а также аксиальная (осевая) артропатия.

Периферические артриты часто бывают серо негативные и не сопровождаются синовиальной деструкцией, и они часто сочетаются с другими ВКП. Например, по нашим данным в двух случаях с тяжелым течением БК наблюдался артрит по типу синдрома Рейтера. При этом помимо поражения суставов наблюдался неспецифический уретрит и конъюнктивит.

По нашим данным и периферическая и осевая артропатия встречаются и при ЯК и при БК и их следует отличать от артралгий, которые также являются более распространенными. Осевые артропатии встречаются одинаково между полами и формами ВЗК, а тогда как периферические артропатии являются более распространенными при БК и чаще регистрируются у женщин. У многих больных ВКП имеется параллелизм встречаемости и возрастает с увеличением длительности анамнеза заболевания и активности воспалительного процесса болезни, особенно у больных с имеющими ВКП.

Итак, самыми частыми по сравнению другими ВКП при ВЗК была отмечена артропатия, которая встречается у 23 (19,7%) среди обследованных больных: с ЯК – 13 (16,67%) из 78 и у 10 (33,8%) из 42 обследованных больных с БК.

Выводы. Таким образом проведенное нами исследование по вопросу ВКП при ВЗК у многих больных наблюдаются существенные нарушения со стороны внутренних органов в том числе и опорно-двигательного аппарата. Это еще раз подтверждает тяжесть и агрессивность течения ВЗК ассоциированных артропатией, которая приводит к ухудшению качества жизни больных и далее к риску потери трудоспособности.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, РАЗНООБРАЗНОСТИ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА ПРИ ОСТРОМ НЕ ОБСТРУКТИВНОМ ГНОЙНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ, А ТАКЖЕ ИХ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ

Фазылов А.В.¹, Ибрагимов А.Ю.¹, Рахматов А.Т.²

¹Ташкентский институт усовершенствования врачей,

²Первая Республиканская клиническая больница,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучить клинику и течение острого не обструктивного гнойного пиелонефрита (ОНГП) и спектр микробного пейзажа, а также их чувствительность к антибиотикам.

Материалы и методы. Было проведено микробиологическое исследование мочи больных с ОНГП находившихся на стационарном лечении в урологическом отделении РКБ №1 МЗ РУз. 861 больной с ОНГП, из них женщин 607 (70,5%) и мужчин 254 (29,5%), в возрасте от 19 до 57 лет (средний возраст составил 34,6 года). Для оценки степени тяжести состояния, все больные прошли необходимые клинические и лабораторно-инструментальные исследования (общий анализ крови и мочи, бактериологический анализ с посевом на чувствительность; биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, общий белок и ее фракции и др.); УЗИ; обзорная и внутривенная контрастная урография; МРТ и МСКТ почек в сложных диагностических случаях). Общее состояние больных в 92% случаях тяжелое. У большинства из них были жалобы на общую слабость, ломоту во всем теле, плохой аппетит, тошноту и рвоту. В работе был ис-

пользован диско-диффузионный метод, стандартизованный EUCAST. Исследованию по оценке антибиотико-чувствительности подлежат чистые культуры микроорганизмов или материал изолированных колоний с плотной питательной средой после первичного посева образца клинического материала. Для оценки чувствительности бактерий с обычными питательными потребностями используют агар Мюллера-Хинтона (МХА) без дополнительных добавок, который готовится в соответствии с инструкцией производителя, pH среда после стерилизации должна быть $7,4 \pm 0,2$. В работу брали коммерческие диски с антибиотиками. Все больные при поступлении получали антибактериальный препарат (АБП) тазоцил (в составе цефоперазон натрия соль сульбактама 0,5 г), а также препарат ремофлос нео (левофлоксацин гемигидрат) 500 мг в 100 мл. Эти препараты вводились внутривенно капельно 2 раза в сутки, в зависимости от обстоятельств доза препарата была увеличена. При необходимости были подключены и другие резервные АБП. Всего за период наблюдения было проведено 861 бактериологическое исследование мочи у стационарных больных. Образцы с отсутствием роста составили в среднем 22,8% (197 из 861). Всего было выделено 764 культур микроорганизмов – 572 (74,77%) грамотрицательных, 89 (11,68%) грамположительных и 103 (13,55%) грибы. При проведенном нами исследовании продемонстрирована высокая резистентность уропатогенов к большинству АБП при ОНГП, и только при комбинированном медикаментозном АБП тазоцил с ремофлос нео помогли обеспечить оптимальный лечебный эффект. Таким образом, вводя тазоцил и ремофлоснео мы обрываем каскад патологических реакций организма в ответ на вторжение инфекционного агента. При ОНГП среди уропатогенов доминировали представители семейства Enterobacteriaceae (E.Coli, Klebsiella spp, Proteus spp, Citobacter spp). Более чем в 90% случаев им сопутствуют неклострициальные анаэробы.

Выводы. При лечении больных ОНГП показано применение одновременно несколько АБП, что предотвращает развитие апостем и карбункулов почки. Больные с ОНГП имеют прямое показание к применению тазоцила, а также ремофлос нео для нормализации и улучшения кровотока в очаге воспаления. Контроль за эффективностью динамики лечения больных ОНГП наряду с клинико-лабораторными исследованиями показано проведение УЗИ почек. В моче при ОНГП среди патогенов доминируют представители семейства Enterobacteriaceae (E.Coli, Klebsiella spp, Proteus spp).

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ОЦЕНКА ПРЕДСЕРДНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРИ ПОМОЩИ АЛЬТЕРНАТИВНОГО СПОСОБА, ОСНОВАННОГО НА ОТЕЧЕСТВЕННЫХ СТАНДАРТАХ ИЗМЕРЕНИЯ УЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Федорев В.Н.¹, Виноградова Л.Г.²,
Гридин А.Н.³, Александров А.Н.⁴, Малахов Н.С.⁵,
Пашаев Р.З.⁶, Шатохина Е.А.⁷

¹Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург,

²Медицинский центр «Мирт»,
г. Кострома,

³Ярославская областная клиническая больница,
г. Ярославль,

⁴Городская клиническая больница,

⁵Городская клиническая больница
имени Вересаева В.В.,

⁶Московский областной научно-исследовательский
институт имени Владимирского М.Ф.,

⁷Национальный исследовательский университет
«Московский институт электронной техники»,
Москва

Цель. Возможность определения величины R-волны при имплантации систем электрокардиостимуляции российского производства способом, основанным на отечественных стандартах измерения, с использованием специально разработанного переходника для ЭКС, у лиц пожилого и старческого возраста, как альтернатива зарубежным измерительным системам (PSA).

Материалы и методы исследования. На базе отделения нарушений ритма сердца ОГБУЗ Ярославской областной клинической больницы с декабря 2017 года по декабрь 2019 года проводилось исследование, включившее в себя 41 пациента, в возрасте от 60 до 90 лет (средний возраст $72,9 \pm 3,2$ лет), из которых 24 женщины и 17 мужчин, страдающих CCCY тахи-бради формой с приступами МЭС, переходящей полной и дистальной 2 степени 2 типа атриовентрикулярной блокадой с приступами МЭС или их эквивалентами, которым были имплантированы биполярные предсердные электроды IsoFix optim в количестве 17, ЭЛБИ 211С-53 в количестве 2, Cristalline ICM09 в количестве 7, VMU050976M в количестве 2, CPG122954 в количестве 3, ICV09JB-53 в количестве 10 и ЭКС ЮНИОР DR в количестве 41. В каждом случае проводилось интраоперационное из-

мерение амплитуды Р-волны имплантируемых предсердных электродов при помощи системы, состоящей из специально разработанного переходника к ЭКС, электрокардиостимулятора ЮНИОР DR, программатора ЮНИ-2 с соответствующим программным обеспечением, двух стерильных проводов, соединенных с контактами предсердного электрода.

Результаты исследования и их обсуждение. Полученные результаты измерений амплитуды Р-волны с предсердного электрода, выполненные предложенным способом, соответствовали значениям, измеренным при проведении контрольного тестирования имплантированных ЭКС, по окончании оперативного вмешательства стандартным методом. Средние величины Р-волны в обоих случаях были более 3,5 мВ.

Вывод. Использование альтернативного способа определения значений Р-волны, основанного на отечественных стандартах измерения с использованием специально разработанного переходника к ЭКС у пациентов пожилого и старческого возраста, обеспечивает получение более корректных данных и, при необходимости, может заменить импортные PSA-системы с возможно более точным интраоперационным контролем имплантируемых электродов.

ПОКАЗАТЕЛИ АКТИВНОСТИ БОЛЕЗНИ ПРИ ДИФFUЗНЫХ И ЛОКАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Федорович С.Е.

Белорусский государственный
медицинский университет,
Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Определить показатели активности болезни у пациентов с ревматоидным артритом (РА) в зависимости от характера поражений легких при РА.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 88 пациентов с РА: 39 мужчин и 49 женщин. Соотношение мужчин и женщин составляло 1:1,3. Средний возраст участников равнялся $49,4 \pm 1,2$ лет, длительность заболевания была $6,0 (2,0-13,0)$ лет. Для выявления характера изменений в легких всем пациентам выполняли мультиспиральную компьютерную томографию легких (МСКТ). Распространенность изменений в легких определяли по результатам МСКТ. К диффузным изменениям легких относили изменения, затрагивающие все сегменты легких. К локальным изменениям легких

относили изменения, затрагивающие 2 сегмента легких и менее. Активность болезни определяли путем измерения лабораторных показателей. Оценивали значение скорости оседания эритроцитов по Вестергрену (СОЭ), С-реактивного белка (СРБ), ферритина, альфа1-антитрипсина. СОЭ измеряли в мм/ч, СРБ – в мг/л, ферритин – в нг/мл, альфа1-антитрипсин – в мг/дл. Статистический анализ полученных данных проводили с помощью пакета прикладных программ Statistica 10.

Результаты и обсуждение. По данным МСКТ изменения в легких различного характера были обнаружены у 90% пациентов с РА (79 человек из 88). У пациентов с РА определялись рентгенологические признаки локального или диффузного усиления легочного рисунка (38% и 31% соответственно); поражения бронхиального дерева в виде утолщения стенок бронхов (26%) и бронхоэктазов (11%); поражения паренхимы легких в виде эмфиземы легких (17%) и фиброзных тяжей (30%); поражения плевры в виде плевропульмональных тяжей (27%), плевральных наложений (32%), утолщений плевры (18%). Также у пациентов с РА были обнаружены плотности по типу «матового стекла» (19%), узелки (20%), поражения интерстиция (7%), полости распада в легких (3%). Исходя из цели исследования выделяли поражения легких с диффузным и локальным характером изменений. Диффузный характер изменений в легких значимо чаще наблюдался при диффузном усилении легочного рисунка ($\chi^2=41,51$; $p<0,001$), паренхиматозных фиброзных тяжах ($\chi^2=7,29$; $p=0,007$), утолщении стенок бронхов ($\chi^2=5,21$; $p=0,023$) и поражении интерстиция ($F=7,39$; $p=0,014$). Локальный характер изменений в легких преобладал у пациентов с РА и плевральными наложениями ($F=4,03$; $p=0,036$). Диффузный характер поражений легких присутствовал у 33% пациентов с РА (29 из 88), локальный характер поражений легких наблюдался у 28% пациентов с РА (25 из 88). У пациентов с РА и диффузными изменениями в легких ($n=29$) были обнаружены значимо большие значения СОЭ ($46,0 (20,0-78,0)$ vs $21,0 (13,0-49,0)$; $p=0,014$), СРБ ($36,7 (16,6-66,7)$ vs $10,1 (4,5-26,4)$; $p=0,001$), ферритина ($133,4 (73,6-215,9)$ vs $89,9 (50,5-123,5)$; $p=0,029$), альфа1-антитрипсина ($235,9 (202,3-313,6)$ vs $156,4 (133,1-180,9)$; $p<0,001$) в сравнении с остальными пациентами с РА ($n=59$). При локальных изменениях в легких у пациентов с РА ($n=25$) вышеперечисленные лабораторные показатели не отличались от таковых в сравнении с остальными пациентами с РА ($n=63$).

Выводы. Таким образом, диффузные поражения легких у пациентов с РА, к которым относятся диффузное усиление легочного рисунка, фиброзные тяжи, утолщения стенок бронхов, поражение интерстиция, сопровождаются высокой лабораторной ак-

тивностью болезни. Локальные поражения легких у пациентов с РА не приводят к изменению активности болезни.

ЛЕЧЕНИЕ ТЕЛЕАНГИЭКТАЗИЙ В ОБЛАСТИ КОЖИ ЛИЦА ЛАЗЕРОМ НА ПАРАХ МЕДИ

Федотова М.В., Ключарева С.В.

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценка эффективности лечения телеангиэктазий в области кожи лица с помощью лазера на парах меди (ЛПМ).

Материалы и методы. Нами была выделена группа 28 пациентов с различными формами розацеа у которых наблюдались телеангиэктазии в области кожи лица. Всех пациентов лечили ЛПМ с интервалами от 3 до 4 недель. Оценка тяжести розацеа и результаты лечения оценивались по фотографиям. Улучшение определялось как процентное снижение степени тяжести розацеа от исходного состояния. Также, анализ производился на основании субъективных ощущений пациентов.

Для лечения пациентов применялся ЛПМ (модель Яхрома-мед, Физический институт им. Лебедева РАН) с длиной волны 578 нм, средняя мощность 0,5-0,7 Вт, длительностью экспозиции до 0,3 сек. Позиционирование световых импульсов на коже пациента осуществлялось в ручном режиме с помощью лазерного пера или в автоматическом режиме при помощи сканера. Протокол процедуры: процедура проводилась с помощью ЛПМ «Яхрома-мед» на длине волны 578 нм. Анестезия: крем Акриол-Про (с экспозицией 30 мин). Поверхность кожи обрабатывали до небольшого побледнения.

При эритематозно-телеангиэктатической форме условием коагуляции сосудов является мощность от 0,5 до 0,6 Вт на желтой длине волны 578 нм, при продолжительности импульса 0,2 сек.; при папулезной стадии оптимальна мощность от 0,6 до 0,7 Вт., при однократном или двойном импульсе, время экспозиции 0,2 сек.; при пустулезной стадии мощность энергии от 0,6 до 0,7 Вт., при продолжительности двойного импульса 0,3 сек; при инфильтративно-пролиферативной форме необходимо повышение плотности энергии до 0,9-1,2 Вт. и продолжительности импульса до 0,3 сек, что приводит к более глубокому поражению сосудистого матрикса. На следующий день формировалась корочка, которая сохранялась 5 дней. После отторжения корочки инфильтрация тканей значительно уменьшалась.

Результаты. Все пациенты отмечали значительное улучшение состояния кожи. Рубцы не наблюдались ни у одного пациента. Критериями оценки эффективности лечения у больных с розацеа, помимо дерматологического статуса, являлись такие показатели, как процент выздоровления и стойкой ремиссии, длительности лечения, потребовавшейся для достижения последних.

За клиническое выздоровление принимали разрешение очагов поражения, нормализацию показателей иммунного статуса и микроциркуляции в очагах поражения. Значительное улучшение констатировалось при отсутствии новых высыпаний, уменьшении площади поражения более чем на 50%.

Улучшением считалось изменение вышеупомянутых клинических критериев менее чем на 50%. Без динамики – отсутствие улучшения клинической картины и функционального состояния исследуемых систем.

В результате проведенного комплексного анализа динамики дерматологического статуса и показателей функциональных исследований было выявлено следующее: в группе больных с эритематозно-телеангиэктатической, папулезной, пустулезной, инфильтративно-продуктивной формами розацеа, получавших курс лазеротерапии, клиническое выздоровление выявлено в 67,8%, 52,9%, 38,7% и 25,0% случаев соответственно.

Выводы. Применение лазера на парах меди показано при лечении телеангиэктазий в области кожи лица при розацеа: эритематозно-телеангиэктатической, папуло-пустулезной и фимозной типов. Воздействие излучения этого лазера на патологические очаги эффективно снижает выраженность таких проявлений розацеа, как эритема, телеангиэктазии, отек, чувство жжения, а также улучшает качество жизни пациентов.

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ

**Феськова А.А., Дробышева Е.С., Овсянников Е.С.,
Шаповалова М.М., Перцев А.В.**

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

По статистике ВОЗ, артериальная гипертензия (АГ) занимает одно из ведущих мест среди заболеваний сердечно-сосудистой системы. Профилактика

поражений органов-мишеней и выявление факторов, ускоряющих их повреждение, является одной из задач современной кардиологии. Во многих исследованиях демонстрируется усугубление клинического течения АГ у лиц с эндокринной патологией. Наиболее актуальным представляется изучение влияния тиреоидного статуса на функцию почек у пациентов с АГ.

Цель. Изучить зависимость функционального состояния почек и параметров тиреоидного статуса у пациентов с различной степенью артериальной гипертензии.

Методы. В исследовании было задействовано 180 человек (122 женщины и 58 мужчин), находящихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении БУЗ ВО «Воронежская клиническая больница скорой медицинской помощи №1» по поводу артериальной гипертензией 1-3 степени, низкого, среднего и высокого сердечно-сосудистого риска. Критериями невключения в исследование были нарушения ритма и проводимости сердца, нестабильная стенокардия, постоянная форма фибрилляции предсердий, хроническая сердечная недостаточность 3-4 функционального класса, хроническая болезнь почек 3-5 стадии, сахарный диабет и другие заболевания эндокринной системы. Больные, принимающие тиреостатики, в исследование включены не были. Всем пациентам проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД), определение тиреоидного статуса (уровня тироксина (Т4), трийодтиронин (Т3), тиреотропного гормона (ТТГ)). Для оценки функции почек определяли уровень креатинина крови и проводили расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-EPI.

Результаты и их обсуждение. По результатам СМАД среднесуточный уровень АД составил $143,08 \pm 6,52/89,26 \pm 6,31$ мм рт. ст. При оценке функционального состояния ЩЖ установлено, что у 13 из 180 обследованных выявлен субклинический гипотиреоз, а у остальных – эутиреоз. Уровень ТТГ составил $2,94 \pm 1,45$ мЕд/л, св.Т4 – $14,21 \pm 1,45$ пг/л, св.Т3 – $5,41 \pm 0,86$ пг/л. Уровень сывороточного креатинина составил $110,51 \pm 15,21$ мкмоль/л, СКФ – $74,72 \pm 19,33$ мл/мин. Выявлена тесная прямая корреляция ТТГ и креатинина с ($r=0,85$, $p<0,001$) и отсутствие – со св.Т4 ($r=-0,02$, $p=0,869$) и со св.Т3 ($r=-0,10$, $p=0,360$). Со СКФ умеренно обратно коррелирует ТТГ ($r=-0,47$, $p<0,001$) и не коррелирует со св.Т4 ($r=0,08$, $p=0,479$) и св.Т3 ($r=0,09$, $p=0,420$). У пациентов с АГ уровень ТТГ прямо коррелирует с ухудшением фильтрационной функции почек.

Выводы. У пациентов с АГ имеется прямая корреляция между уровнем ТТГ и СКФ. Таким образом, можно предположить, что при более высоких уровнях тиреоидных гормонов увеличивается риск развития хронической болезни почек или скорость ее прогрессирования.

ВЛИЯНИЕ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА НА ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Феськова А.А., Лизина А.Н.,
Дробышева Е.С., Гречкин В.И.

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

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) – одно из наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы и одна из наиболее частых причин смерти от болезней системы кровообращения. Актуальным является исследование течения АГ при сопутствующей эндокринной патологии. Роль тиреоидного статуса на данный момент остается до конца неясной. Наиболее распространенным нарушением тиреоидного статуса является субклинический гипотиреоз (СГТ).

Цель. Целью исследования является изучение особенностей течения АГ у пациентов с СГТ.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие две группы пациентов по 26 человек (13 женщин и 3 мужчины в каждой). Основная группа (АГ+СГТ) включала в себя пациентов с эссенциальной АГ и СГТ, а группа сравнения, в свою очередь, состояла из пациентов с эссенциальной АГ и эутиреозом (АГ+ЭТ). Группа сравнения была идентична основной не только по половозрастному составу и по индексу массы тела (ИМТ).

В исследование не были включены пациенты старше 65 лет, а также пациенты, у которых в анамнезе отмечалась нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда и инсульт, постоянная форма фибрилляции предсердий, хроническая сердечная недостаточность II – III стадии, хроническая болезнь почек 3 – 5 стадии, метаболический синдром, в том числе сахарный диабет и другие эндокринные заболевания, а также пациенты, постоянно принимающие тиреостатики.

Пациентам обеих групп проводилось оценка тиреоидного статуса и суточное мониторирование АД (СМАД).

Результаты и обсуждение. Уровень ТТГ в группе АГ+ЭТ составил $2,5 \pm 1,08$ мЕд/л, в группе АГ+СГТ – $7,2 \pm 2,14$ мЕд/л, что значительно выше ($p<0,05$). По уровню св. Т3 и св. Т4 статистически значимого различия выявлено не было, при этом уровень ТТГ в группах отличался достоверно. СМАД у пациентов в сравниваемых группах показало, что в группе АГ+СГТ ($n=26$) среднесуточное САД $156,5 \pm 10,1$ мм рт. ст., среднесу-

точное ДАД $98,0 \pm 12,2$ мм рт. ст., среднее АД $116,7 \pm 3,4$ мм рт. ст., СНСАД $-4,0 \pm 2,0\%$. В группе сравнения (АГ+ЭТ) – среднесуточное САД $132,7 \pm 6,4$ мм рт. ст., среднесуточное ДАД $83,0 \pm 5,8$ мм рт. ст., среднее АД $103,3 \pm 2,5$ мм рт. ст., СНСАД $6,0 \pm 1,0\%$. Из этого следует, что в основной группе среднесуточное САД, среднесуточное ДАД и среднее АД достоверно выше, степень ночного снижения АД (СНСАД) – достоверно меньше, чем в группе сравнения ($p < 0,001$ для всех показателей). Результаты СМАД позволили выявить различия в долях пациентов с различной степенью АГ и различными типами циркадного ритма АД. В группе АГ+ЭТ у 14 пациентов (53,8%) отмечалось высоконормальное АД, а у 12 человек (46,2%) – АГ 1 степени. Из 26 пациентов с СГТ высоконормальное АД выявлено у 2 человек (7,7%), АГ 1 степени – у 14 человек (53,8%), АГ 2 степени – у 4 человек (15,4%) и АГ 3 степени – у 6 человек (23,1%). В основной группе достоверно больше доля пациентов с АГ II ($p = 0,020$) и III ($p < 0,001$) степени и меньше доля пациентов с высоким нормальным АД ($p < 0,001$). Таким образом, можно заключить о более тяжелом течении АГ у пациентов с СГТ, по сравнению с пациентами, не имеющими заболеваний ЩЖ и нарушений тиреоидного статуса.

Выводы. У пациентов с АГ и СГТ, отмечается более неблагоприятное течение АГ, чем у пациентов с эутиреозом, которое проявляется более высоким среднесуточным уровнем САД и ДАД, отсутствием достаточного снижения ночного АД, а также более высокой степенью АГ.

ОЦЕНКА БОЛЕВЫХ ПОРОГОВ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕНСИТИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Филатова Е.С.

Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель. Изучить пороги боли на давление у пациентов с остеоартритом коленных суставов (ОАК) имеющих хроническую боль.

Материал и методы. В исследовании было включено 42 пациентки с ОАК с $DN4 > 4$ и $PD > 14$ и 42 добровольца того же возраста без ОАК в контрольной группе.

Пациенткам с ОАК было проведено ревматологическое и неврологическое обследование, для исключения поражения соматосенсорной нервной системы; с помощью альгометра Wagner FDK20 были

изучены пороги боли на давления в области коленных суставов (4 точки: : 1-ая точка располагалась на 2,5 см медиальнее коленной чашечки, 2-ая точка – в центре коленной чашечки, 3-яя на 2,5 см дистальнее коленной чашечки, 4-ая в области гусиной лапки) и m. Trapezius (5-ая референтная точка) у всех пациентов с ОАК и контрольной группы.

Результаты. Средний возраст пациенток с ОАК составил $61,0 [57,0; 63,0]$ лет с длительностью заболевания на момент исследования $13,0 [7,0; 15,0]$ лет. Неврологическое обследование не выявило поражения соматосенсорной нервной системы. Показатели ЦС по опроснику DN4 были $5,0 [5,0; 6,0]$ баллов и $17,0 [14,0; 19,0]$ баллов по Pain DETECT. Интенсивность боли по ВАШ у пациентов с ОАК составил $70,0 [60,0; 80,0]$, была выявлена субклинически выраженная тревога $10,0 [7,0; 12,0]$ и депрессия $8,0 [6,0; 9,0]$, а функциональное состояние по индексу WOMAC составило $1390,0 [1080,0; 1576,0]$ баллов.

Полученные статистически достоверные ($p < 0,05$) отличия порогов боли во всех исследованных точках : T1 $3,3 [2,5; 4,0]$ vs $9,4 [8,5; 10,1]$; T2 $3,4 [2,5; 4,5]$ vs $9,3 [8,5; 9,8]$; T3 $3,3 [3,0; 4,0]$ vs $9,3 [8,5; 9,8]$; T4 $3,5 [3,0; 4,5]$ vs $8,9 [8,1; 9,8]$ и T5 m. Trapezius $5,1 [4,6; 5,7]$ vs $9,4 [9,0; 9,9]$.

Более низкие пороги боли у пациентов с ОАК как в области пораженного коленного сустава, так и отдаленной референтной точке (T5 – m. Trapezius) по сравнению с контрольной группой позволяют говорить о наличии слабости антиноцицептивной системы и участия ЦС в патогенезе болевого синдрома у этих пациентов.

Вывод. Исследование порогов боли является одним из инструментов для верификации ЦС у пациентов с ОАК, однако требующим дальнейшего изучения.

ЛОКАЛИЗАЦИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕКМЕНТА ST, ВОЗРАСТ И СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ КАК ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Филатова О.Н., Савушкина И.А., Овсянников Е.С.

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

Инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) – чаще всего это следствие острого окклюзирующего тромбоза коронарной артерии, главная лечебно-организационная задача у пациентов с

таким диагнозом – проведение эффективной и своевременной реперфузионной терапии (первичного чрескожного вмешательства (пЧКВ) или тромболитической терапии (ТЛТ)).

Цель. определение эффективности и безопасности тромболитической терапии в зависимости от возраста, сопутствующей патологии и локализации инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST.

Материалы и методы. Обработаны материалы 30 медицинских карт стационарных больных с основным диагнозом «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST». Всем пациентам была проведена тромболитическая терапия. Выборка состояла из 15 женщин и 15 мужчин в возрасте от 35 до 86 лет, средний возраст $64 \pm 11,9$ года. Пациенты были разделены на группы: с эффективной и неэффективной ТЛТ, по возрастному критерию (группа 1 – от 30 до 49 лет; группа 2 – от 50 до 69 лет; группа 3 – от 70 до 89 лет), определены осложнения ТЛТ, также оценивалось наличие сопутствующий заболеваний (сахарный диабет 2 типа и хроническая сердечная недостаточность (ХСН) разных стадий и локализация инфаркта миокарда. Статистическая обработка данных проводилась в программе STATGRAPHICS CENTURION V. Данные представлены в виде средних значений со стандартным отклонением. Для анализа использовалось значение хи-квадрата, достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В ходе работы осложнения тромболитической терапии были отмечены у 23,33% пациентов, а именно: кровотечение – 6,67%, нарушения ритма – 13,33%, реперфузионная гипотония – 3,33%. Наиболее часто осложнения ТЛТ встречались в 3 возрастной группе, но статистически значимой зависимости распространенности осложнений от возраста пациентов не обнаружено ($p = 0,2353$). Эффективным тромболитическим оказался у 75% в первой возрастной группе, у 88% во второй, у 33% в третьей группе лиц. Установлена статистически достоверная зависимость эффективности ТЛТ от возраста пациентов ($p < 0,01$, коэффициент корреляции Кендалла $-0,41$). Исследована распространенность сопутствующих заболеваний в выборке: зависимость эффективности ТЛТ от наличия сахарного диабета 2 типа или стадии ХСН не выявлена ($p = 0,8421$, $p = 0,3114$). Также различные локализации инфаркта миокарда не повлияли на эффективность тромболитической терапии ($p = 0,0522$).

Выводы. Осложнения тромболитической терапии были обнаружены у 16,67% пациентов, наиболее часто встречающееся – нарушения ритма – 13,33%. Статистически значимой зависимости распространенности осложнений ТЛТ от возраста пациентов не обнаружено, что предполагает вывод о равном соотношении безопасности и риска в различных возрастных группах и исключает ограничения применения ТЛТ у пациентов старшего возраста.

Эффективность ТЛТ у пациентов старшей возрастной группы значительно уступает таковой у более молодых пациентов. В ходе исследовательской работы не было выявлено зависимости между эффективностью ТЛТ и наличием СД. Не было выявлено статистически значимых отличий эффективности ТЛТ при различных локализациях инфаркта миокарда.

ВОПРОСЫ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ ГРИППА

Филипченко Е.М., Юсупова Д.А., Биджиева С.Х.
Кубанский государственный
медицинский университет,
г. Краснодар

Цель. Сравнительный анализ полноты проведения медицинского обследования у студентов медицинского вуза и врачей первичного звена здравоохранения перед проведением противогриппозной иммунизации.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 64 врача первичного звена здравоохранения (52 врача имели терапевтические специальности, 12 врачей – хирургические) и 126 студентов выпускных курсов медицинского вуза. Средний возраст врачей составил 51,0 год, а учащихся медицинского вуза – 23,0 года. В осенний период 2018 и 2019 года всем участникам исследования проводилась противогриппозная вакцинация. Методом добровольного анкетирования получена информация, позволяющая оценить полноту медицинского обследования у вакцинируемых перед проведением иммунизации. При статистической обработке данных использовали компьютерную программу «Excel 10». Количественные данные были представлены в виде среднего значения (X) и стандартной ошибки среднего (m). При сравнении данных использовали парный критерий Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Перед проведением вакцинации против гриппа у всех иммунизируемых лиц предусматривается обязательный медицинский осмотр с термометрией. Но проведенное исследование показало, что в 2018 и 2019 гг. у большинства врачей ($79,7 \pm 5,1\%$; $n = 51$) и почти у трети студентов ($31,7 \pm 4,2\%$; $n = 40$) ($p \leq 0,001$) медицинский осмотр перед проведением иммунизации против гриппа вообще не проводился. При этом все врачи, которым не осуществлялся перед вакцинацией медицинский осмотр указали, что они самостоятельно оценивали состояние своего здоровья перед проведением иммунизации. Также было установлено, что у 5 врачей ($7,8 \pm 3,4\%$) и у 46 студентов ($36,5 \pm 4,3\%$;

$p \leq 0,001$) проведенный медицинский осмотр был не полным (проводилась только термометрия, но игнорировались расспрос и/или проведение физикального исследования). И лишь $12,5 \pm 4,2\%$ врачей ($n=8$) и $31,7 \pm 4,2\%$ ($n=40$; $p \leq 0,005$) учащихся указали, что перед проведением вакцинации им проводился полный медицинский осмотр, включающий опрос, термометрию и физикальное обследование.

Несмотря на существующие в Российской Федерации санитарно-эпидемиологические правила, которые предусматривают проведение обязательного медицинского осмотра врачом (в сельской местности – фельдшером) всех лиц, которым должны проводится профилактические прививки, проведенное исследование продемонстрировало, что в подавляющем большинстве случаев медицинский осмотр не проводился или проводился не в полном объеме.

Известно, что проведение полноценного медицинского осмотра, включающего тщательно собранный анамнез, позволяющий выявить имеющиеся острые или хронические заболевания; особенности прививочного анамнеза (с целью выявления реакций или осложнений на предыдущее введение препарата); наличие аллергических реакций на определенные лекарственные средства; индивидуальные особенности организма (у женщин наличие беременности); сроки проведения предшествующей вакцинации, а также физикальное обследование и, при необходимости, лабораторно-инструментальное обследование, – является одним из важнейших факторов обеспечения безопасности иммунизации.

Таким образом, следует повышать осведомленность всех вакцинируемых лиц о важности проведения им перед иммунизацией полноценного медицинского осмотра; а также повышать ответственность медицинских работников, игнорирующих и/или проводящих некачественный предварительный медицинский осмотр иммунизируемых лиц.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Фомина Е.С.^{1,2}, Никифоров В.С.¹

¹Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,

²Николаевская больница,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить показатели артериальной жесткости у лиц пожилого и старческого возраста с артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Всего было обследовано 72 человека (из них 20 мужчин, 52 женщин) старше 65 лет (средний возраст $79,6 \pm 7,6$) с наличием артериальной гипертензии (длительность АГ составляла в среднем $17,6 \pm 12,3$) на фоне стандартной антигипертензивной терапии. Все пациенты были распределены на три возрастные группы: первая – 18 человек в возрасте 65-74 лет (из них 6 мужчин, 12 женщин), вторая – 33 человека в возрасте 75-84 лет (из них 8 мужчин, 25 женщин), третья – 21 человек старше 85 лет (из них 6 мужчин, 15 женщин). Группы были сопоставимы по полу, возрасту, индексу массы тела, наличию сопутствующих заболеваний. Все пациенты находились на синусовом ритме с сохраненной регионарной сократимостью левого и правого желудочков. Критериями исключения были острый инфаркт миокарда, ОНМК, тяжелые клапанные пороки сердца, наличие постоянной формы фибрилляции предсердий, ХСН III стадии и выше, онкологические заболевания, острые воспалительные процессы. Всем были проведены объемная сфигмометрия с использованием аппарата VaSera – VS-1500 (FUKUDA DENSHI, Япония). В каждой группе определяли сердечно-лодыжечно-сосудистый индекс (CAVI) справа и слева, лодыжечно-плечевой индекс (ABI) справа и слева, индекс аугментации справа (RAI), время подъема пульсовой волны справа и слева (UT), мсек. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы STATISTICA (версия 12). Все переменные были проверены на нормальное распределение данных. Статистическая значимость была принята при значении $p < 0,05$.

Результаты. Во всех обследуемых группах лиц пожилого и старческого возраста были получены повышенные значения параметров артериальной жесткости. Полученные средние значения параметров артериальной жесткости у обследованных лиц составили: в возрастной группе 65-74 лет: RCAVI $9,1 \pm 1,0$; LCAVI $9,1 \pm 0,98$; в возрастной группе 75-84 лет: RCAVI $9,5 \pm 1,0$; LCAVI $9,6 \pm 0,98$; в возрастной группе старше 85 лет: RCAVI $9,9 \pm 1,3$; LCAVI $10,2 \pm 0,8$. При сопоставлении групп пациентов, достоверных различий по показателям артериальной жесткости между возрастными группами 65-74 лет и 75-84 лет, получено не было. Статистически значимые различия ($p < 0,05$) выявлены по показателям RCAVI, LCAVI в группе пациентов старше 85 лет по сравнению с группами возрастного диапазона 65-84 лет.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о значимом повышении показателей артериальной жесткости у пациентов пожилого и старческого возраста с артериальной гипертензией в возрасте старше 85 лет. Наибольшую информативность в оценке артериальной жесткости в разных возрастных группах имеет показатель CAVI.

ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК У 1765 ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРИЧЕСКИМ АРТРИТОМ СОГЛАСНО ДАННЫМ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО РЕГИСТРА ПОДАГРЫ ЗА 2014-2019 ГОДЫ

Фонтуренко А.Ю.¹, Мазуров В.И.^{1,2},
Гайдукова И.З.^{1,2}, Петрова М.С.^{1,2},
Башкинов Р.А.^{1,2}, Инамова О.В.²

¹Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,

²Клиническая ревматологическая больница №25, Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить наличие и варианты поражения почек при подагрическом артрите согласно данным регистра больных подагрой в Санкт-Петербурге.

Материалы и методы. Регистр больных подагрой сформирован на базе облачной электронной системы хранения данных GALENOS (©ООО ТехЛаб). Критериями наличия нефропатии (НП) у пациента были: наличие суточной потери белка (СПБ) $\geq 0,3$ г/сут и/или стойкое изменение мочевого осадка (≥ 2 последовательно взятых анализах мочи) и/или изолированное снижение СКФ < 60 мл/мин (по клиренсу креатинина). Мочекаменная болезнь (МКБ) верифицирована по наличию микролитов и/или конкрементов по данным ультразвукового исследования (УЗИ) почек и наличию уратов в моче. Определялись клиренс (К) и суточная экскреция СЭ) МК. Хроническая болезнь почек (ХБП) верифицировалась при наличии НП и/или МКБ и/или других изменений почек по данным УЗИ.

Результаты. Всего в исследование было включено 1675 пациентов, госпитализированных с обострением подагрического артрита (ПА) за период с января 2014 по декабрь 2019 года.

Нефропатия (НП) выявлена у 656 (39,16%): подагрическая – 92 (14,02%), смешанная – 564 (85,98%). Мочекаменная болезнь (МКБ) – у 620 (37,01%) пациентов, сочетание МКБ и НП – 256 (20,06%) случаев. Хронический гломерулонефрит (ХГН) – 11 (0,66%). Наличие острого повреждения почек (ОПП) в анамнезе – 3 (0,18%), хронический пиелонефрит – 231 (13,79%), гидронефроз – 4 (0,24%), хронический цистит – 22 (1,31%), инфекция мочевыводящих путей – 38 (2,27%). Изменение мочевого осадка – 79 (4,72%). УЗ-изменения выявлены у 679 (40,54%) пациентов. КМК=4,96 \pm 2,69 [0,52-26,88] мл/мин, СЭМК=3,45 \pm 1,81 [0,5-20,5] ммоль/сут, СПБ=0,24 \pm 0,32 [0-4,6] г/сут. Снижение КМК в 90,62%, повышение – 5,32%, в пределах нормы – 4,06% случаев. СЭМК была снижена у 10,27%, по-

вышена – 30,44%, нормальная – 59,29% больных. Повышение СПБ выявлено у 71,3% пациентов. ХБП 1 стадии – 536 (45,6%) 2 стадии – 317 (27%), 3а стадии – 148 (12,6%), 3б стадии – 68 (5,8%), 4 стадии – 33 (2,8%), 5 стадии – 9 (0,8%) пациентов. У 65 (5,5%) человек стадию ХБП установить не представлялось возможным (не определена СКФ).

Выводы. По результатам исследования выявлена высокая частота поражения почек у обследованных пациентов. У пациентов с подагрическим артритом отмечается смешанный генез ХБП, обусловленный сочетанием различных заболеваний почек.

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Фролов Д.С.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить клинико-лабораторные показатели, а также структурно-функциональное состояние миокарда у больных хронической болезнью почек (ХБП) 3 стадии и хронической сердечной недостаточностью с сохраненной (СН-сФВ) и промежуточной фракцией выброса левого желудочка (СН-прФВ).

Материалы и методы. Обследован 41 пациент с ХБП 3 стадии и СН-сФВ, СН-прФВ (31 мужчина и 10 женщин), средний возраст 64 (52; 82) года. Из них 23 пациента с ХБП 3а стадии, которые составили 1-ю группу исследуемых и 18 пациентов с ХБП 3б стадии, которые вошли во 2-ю группу исследуемых. Структурно-функциональные изменения миокарда оценивали с помощью эхокардиографии и тканевой доплерографии.

Результаты и обсуждение. При анализе данных ЭКГ длительность зубца Р, интервала PQ и комплекса QRS оказались значимо выше у пациентов 2-й группы, чем у пациентов 1-й группы. Повышение данных показателей свидетельствует о более значимом нарушении проведения по предсердиям, АВ-узлу и ножкам пучка Гиса у пациентов с ХБП 3б стадии по сравнению с пациентами с ХБП 3а стадии, что значительно ухудшает прогноз пациентов с СКФ 44-30мл/мин/1,73м².

Оценка систолической функции левого желудочка (ЛЖ) показала достоверное снижение фрак-

ции выброса ЛЖ по Симпсону у пациентов 2-й группы по сравнению с 1-й (44,4 (42,2; 50,2) против 55 (49,8; 57) %; $p=0,01$).

Анализ тканевой доплерографии показал, что в 1-й группе по сравнению со 2-й группой отмечено достоверное снижение скорости трансмитрального кровотока в фазе позднего диастолического наполнения (Mk A) ($p<0,05$). Также наблюдалось нарушение диастолической функции ЛЖ в обеих группах со значительным преобладанием диастолической дисфункции II типа во 2-й группе по сравнению с 1-й группой, где диастолическая дисфункция I типа встречалась существенно чаще. Во 2-й группе наблюдалась более низкая пиковая скорость (Sm) систолической волны миокарда МЖП и передней стенки ЛЖ по сравнению с 1-й группой ($p<0,05$). Кроме того, во 2-й группе отмечено значимое увеличение индекса работы ПЖ (MPI) по сравнению с 1-й группой (2 (0,64; 39,7) против 0,34 (0,06; 0,5); $p=0,025$), что свидетельствует о нарушении его систолической функции.

Выводы. У пациентов с хронической сердечной недостаточностью с сохраненной и промежуточной фракцией выброса левого желудочка наличие хронической болезни почек 3б стадии по сравнению с 3а стадией характеризуется более значимым нарушением проведения по предсердиям, АВ-узлу и ножкам пучка Гиса, а также более значительным нарушением систолической функции, не только левого, но и правого желудочков. У больных с хронической сердечной недостаточностью с сохраненной и промежуточной фракцией выброса левого желудочка и наличием хронической болезни почек 3а стадии существенно чаще преобладает диастолическая дисфункция левого желудочка I типа, а у пациентов с хронической болезнью почек 3б стадии преимущественно чаще встречается диастолическая дисфункция левого желудочка II типа.

СОВРЕМЕННЫЕ АППАРАТНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ СТРИЙ В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОКОСМЕТОЛОГА

Хаббус А.Г., Ключарева С.В., Белова Е.А.,
Пирятинская В.А., Нечаева О.С.,
Тихомирова А.Д., Слободских Е.О.

Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель. Изучение эффективности и безопасности применения микроигльчатого радиочастотного (RF) воздействия в сочетании с CO₂-лазером для коррекции стрий (растяжек).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 35 женщин в возрасте от 25 до 45 лет с очагами стрий с локализацией в живота, бедер, ягодиц. Для микроигльчатого RF-воздействия в сочетании с лазерной CO₂-шлифовкой использовался аппарат FRAXIS DUO (ILOODA, Корея).

Перед коррекцией стрий использовали местную аппликационную анестезию в виде «Акриол Про» на 45-50 минут. Далее производилось микроигльчатое RF-воздействие с использованием одноразовых картриджей с неизолированными 64 микроиглами, имеющие золотое покрытие. Введение игл производилось в 3 прохода на глубину от 3,5 до 1,5 мм с интенсивностью радиочастотного воздействия от 70% до 50% и длительностью радиочастотного импульса от 300 до 150 мс. При каждом последующем проходе данные параметры постепенно уменьшали. При этом радиочастотная энергия распространяется только на кончике микроиглы, приводя к быстрому нагреванию тканей кожи, при этом абляция не наблюдается. После микроигльчатого радиочастотного воздействия для лазерной абляции применялся CO₂-лазер (длина волны 10600 нм) с плотностью потока 10-12 МДж с одинарным перекрытием и расстоянием между точками 0,8 мм. Зона пограничного теплового воздействия достигает 100-250 мкм. Углекислотный лазер действует около порога испарения ткани, поэтому большая часть его энергии переходит в тепло, нежели приводит к абляции, вызывая сравнительно большее тепловое повреждение пограничных зон. Сочетанная терапия с использованием аппарата FRAXIS DUO проводилась 1 раз в 3 месяца в течение 1 года. Пациенты наблюдались каждые 3 месяца, при этом производилась цветная фотофиксация, включая прицельное фотографирование области живота, бедер, ягодиц. Для измерения толщины и плотности кожи, оценки коррекции рубцовых изменений использовался аппарат Dermascan С с разрешением 20 МГц (Cortex Technology, Hadsund, Дания). С помощью данного ультразвукового аппарата были измерены толщина эхо-входа (глубина проникновения сигнала), папиллярные сосочки (эхо-ненасыщенная полоса), ретикулярный слой дермы (эхо-насыщенная полоса). После проведения RF-воздействия и CO₂-лазера пациентам было рекомендовано местное использование раствора антисептика, нанесение восстанавливающего средства с антибактериальным эффектом «Dermalibour +» (A-Derma) 3-4 раза в день в течение всего периода реабилитации.

Результаты и обсуждения. Изменения уровня рубцовых изменений стрий оценивались по визуальной аналоговой шкале с фиксированными конечными точками в начале исследования и после 3, 6, 9 и 12 месяцев лечения.

С помощью ультразвукового аппарата Dermoscan С выявлены позитивные изменения как в дерме, так и в эпидермисе. Эпидермис становился более ровным и гладким. Толщина дермы увеличивалась. Изменения обнаружены также и в структуре дермы: уменьшение общей площади гипоехогенных участков, сужение или исчезновение субэпидермального гипоехогенного слоя. При этом по данным фотографирования обнаружено значительное улучшение после сочетанной терапии за 12 месяцев исследования.

Вывод. У всех 35 пациенток применение в коррекции стрий комбинированной аппаратной терапии с использованием FRAXIS DUO дало положительный клинический результат в виде уменьшения их размеров и яркости, сглаживания рельефа кожи. Комбинированный метод воздействия микроиглового радиочастотного воздействия и CO₂-лазера является эффективным и безопасным в коррекции пациентов с растяжек (стрий), поэтому может быть рекомендован в практике дерматокосметолога.

ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕГО АНАЛИЗА КРОВИ У ЛИЦ, РАБОТАЮЩИХ В ПОДЗЕМНЫХ УСЛОВИЯХ

Хмелевская А.А.¹, Хиль Е.Г.², Часовских Е.В.²,
Власова В.В.², Агафонкина Е.В.²

¹Кемеровский государственный
медицинский университет,

²Кемеровская областная клиническая больница
имени С.В. Беляева,
г. Кемерово

Цель исследования. Определить особенности красной крови у шахтеров, работающих в подземных условиях.

Материалы и методы. Обследовано 48 мужчин, имеющих стаж работы в подземных условиях 10±2,5 лет. Средний возраст составил 38±1,5 лет. Оценивались показатели общего анализа крови (ОАК) (уровень эритроцитов, гемоглобина, среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), средний объем эритроцитов (MCV). Группу сравнения составили 30 практически здоровых мужчин, не работающих во вредных условиях труда, сопоставимых по возрасту с основной группой. Все обследованные не имели бронхо-легочных заболеваний. 39,6% шахтеров и 36,7% здоровых добровольцев курили (p=0,875), также группы были сопоставимы по стажу курения. Данные проанализированы с

использованием пакета прикладных статистических программ Statistica 6.1. Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью непараметрических методов статистики.

Результаты и обсуждение. Содержание эритроцитов в ОАК у шахтеров составило 5,2 (4,8-5,9)×10¹²/л, в группе сравнения – 4,5 (4,3-4,7)×10¹²/л (p=0,012). Уровень гемоглобина также был выше в основной группе – 156 (151-162) г/л, чем в группе сравнения – 142 (136-149) г/л (p=0,009). У шахтеров наблюдалась тенденция к увеличению таких показателей, как MCH – 30 (28-31) пг, MCHC – 359 (352-367) г/л, MCV – 95 (93-98) фл, по сравнению со здоровыми добровольцами: MCH – 28 (28-29) пг (p=0,059), MCHC – 339 (334-358) г/л (p=0,051), MCV – 88 (85-91) фл (p=0,053).

Выводы. У лиц, работающих в подземных условиях, выявлено значимое увеличение содержания эритроцитов и гемоглобина в ОАК, что вероятно обусловлено адаптацией организма к хронической гипоксии. А также для шахтеров характерна тенденция к повышению среднего содержания и средней концентрации гемоглобина в эритроцитах и увеличению среднего объема эритроцитов, что обусловлено более длительным созреванием эритроцитов и увеличением в них гемоглобина.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ

Ходжанова Т.Р.

Ургенчский филиал
Ташкентской медицинской академии,
г. Ургенч, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность и безопасность препарата биомол при остеоартрозе.

Материалы и методы обследования. Под нашим наблюдением находилось 52 больных с остеоартрозом в возрасте от 44 до 68 (средний возраст 56) лет, получавших курс лечения в центральной поликлинике города Ургенч. Среди больных мужчин было 12 (23,1%), женщин 40 (76,9%).

Больным было назначено биомол (препарат растительного происхождения) по 1 капсуле х 3 раза в сутки. В качестве фоновой терапии все больные получали витамины, хондропротекторы, физиотерапию. Больные были обследованы по клиническим проявлениям остеоартроза, общая оценка выражен-

ности болевого синдрома проводилась по 100 мм визуальной аналоговой шкале; также проводились лабораторно-инструментальные исследования.

Результаты и обсуждение. Оценка болевого синдрома по опроснику визуально аналоговой шкале показало, что до лечения у всех больных была очень сильная и максимально возможная боль. После приема препарата биомол на 4-5 сутки у больных были отмечены положительные результаты. На 8-10 сутки больные не испытывали очень сильную и максимально возможную боль. 14% больных отмечали отсутствие болевого синдрома, минимальная боль у 46% больных, умеренная боль у 34,8% больных, сильная боль была у 5,2% больных.

Препарат влиял на самочувствие больных: очень хорошее самочувствие было у 10% больных, хорошее самочувствие у 38% больных, удовлетворительное самочувствие у 43% больных, плохое самочувствие было у 9% больных.

Динамика лабораторных исследований проведенных до и после лечения не характеризуется значительными изменениями.

Динамическое наблюдение показало, что биомол обладает пролонгированным противовоспалительным и обезболивающим действием, также отличительной особенностью препарата Биомол является очень хорошая переносимость и низкая частота побочных эффектов, что позволяет признать биомол абсолютно безопасным препаратом.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБЩЕЙ МАГНИТОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Ходжанова Т.Р.

Ургенчский филиал

Ташкентской медицинской академии,
г. Ургенч, Республика Узбекистан

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность использования метода общей магнитотерапии у лиц с ревматоидным артритом.

Материалы и методы. Для лечения данных пациентов использовался низкочастотная магнитотерапевтическая установка «ЭОЛ» («Магнитотурботрон Стандарт»), создающая вращающееся магнитное поле частотой 50-150 Гц. Время процедуры постепенно повышалось от 10 минут при первом сеансе до 20 минут к концу курса. Количество процедур в среднем составляло 10. Нами было пролечено 48 пациентов, с ревматоидным артритом. Возраст от 46 до 68 лет, мужчин – 12 и женщин – 36. Из них у 15 имелась патология сердечно-сосудистой системы.

Результаты и обсуждение. Во время процедур пациенты отмечали хорошую переносимость. После завершения курса общей магнитотерапии у всех пациентов стабильно регистрировалось улучшение общего состояния, настроения, нормализация сна, снижение проявлений астенического синдрома. Одновременно отмечалась положительная динамика в течение клинических проявлений ревматоидного артрита: у 86% пациентов регистрировалось значительное уменьшение болевого синдрома, уменьшение отечности суставов, улучшение двигательных функций. У пациентов с гипертензивная болезнь наблюдалась стабилизация цифр артериального давления. Оценка эффективности лечения проводилась путем клинического наблюдения до, во время и после завершения курса общей магнитотерапии.

Исходя из проведенных нами наблюдений, применение общей магнитотерапии на фоне комплексной терапии у пациентов с ревматоидным артритом позволяет с успехом купировать болевой синдром, обеспечивает восстановление движений и повышение качества жизни пациентов. Помимо этого общая магнитотерапия, оказывает системное воздействие на организм, улучшая общую гемодинамику и микроциркуляцию, устраняя астенические проявления и вегетативные расстройства и положительно влияет на течение сердечно-сосудистых заболеваний. Процедура хорошо переносится пациентами пожилого и старческого возраста. По результатам нашего наблюдения общая магнитотерапия может успешно применяться у больных с ревматоидным артритом при наличии ишемической болезни сердца и гипертонической болезни.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИЗКОЧАСТОТНЫХ ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ ИМПУЛЬСОВ ПРИ СПОНДИЛОГЕННЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМАХ

Ходжанова Т.Р., Киличев И.А.

Ургенчский филиал

Ташкентской медицинской академии,
г. Ургенч, Республика Узбекистан

Болевой синдром, особенно хронический, очень часто приводит к спазму мышц, что в свою очередь, способствует развитию патологических механизмов обратной связи и формированию «порочного круга», проявляющегося усилением боли, гипоксическими сдвигами на тканевом и клеточном уровнях (за счет спазма кровеносных сосудов) прогрессированием нарушений двигательных функций.

При этом уменьшение мышечного напряжения может способствовать улучшению крово- и лимфообращения, уменьшению болей и воспалительного отека суставов; улучшению поступления противовоспалительного средства к пораженному участку и увеличению объема движений в нем. В этой связи особый интерес представляет аппарат «Цзин да», который обладает, помимо спазмолитического, еще и анальгезирующим и сосудорасширяющим эффектами. Они связаны частотными воздействиями аппарата. Такое частотное воздействие позволяет получить стойкий обезболивающий и противовоспалительный эффект.

Цель изучения. Влияние аппарата «Цзин да» у больных спондилогенным болевым синдромом при их комплексном применении с традиционным лечением.

Материалы и методы. Мы изучали эффективность аппарата «Цзин да» при болевом синдроме у больных вертеброгенной патологией с мышечно-тоническими проявлениями. Под наблюдением находились 42 больных с болевыми синдромами, обусловленными вертеброгенной патологией с мышечно-тоническими проявлениями. Возраст больных колебался от 40 до 66 лет, из них мужчин – 18 и женщин – 24. Верификация диагноза проводилась с помощью рентгенографии позвоночника, компьютерной и магнитно-резонансной томографии спинного мозга.

Воздействие аппаратом «Цзин да» осуществляли методом электронного массажа, разработанным на основе теории китайской медицины. На курс лечения назначали 10-15 процедур, продолжительностью 15-20 минут. Силу тока контролировали по ощущению больного.

Результаты. Все наблюдаемые больные до назначения электронного массажа принимали нестероидные противовоспалительные препараты, которые не давали достаточного обезболивающего эффекта. Помимо этого больные получали общепринятую терапию. До назначения электронного массажа очень сильные боли в пояснице отмечали 6 пациента, сильные – 14, умеренные – 22 пациентов.

После проведенного лечения уменьшение боли, скованности, увеличение подвижности в позвоночнике отмечено в 36 (85,7%) наблюдениях. Особенно заметно, что уменьшение боли после первой процедуры отметили 39 больных, стойкий клинический эффект и значительное улучшение бытовой адаптации наступал через неделю и сохранялся в течение всего периода наблюдения.

Таким образом, применение аппарата «Цзин да» в комплексном лечении больных спондилогенным болевым синдромом повышает эффективность проводимой терапии.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АСПИРИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Ходжанова Ш.И.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Оценить различных параметров агрегации тромбоцитов и определения резистентности к ацетилсалициловой кислоте у больных с хроническим коронарным синдромом.

Материалы и методы. В исследование было включено 80 больных с хроническим коронарным синдромом. Средний возраст составил $67,2 \pm 0,40$ года, для мужчин $62,4 \pm 0,25$ лет, для женщин $68,0 \pm 0,15$ лет. Больные были разделены 2 группы по результатам агрегации тромбоцитов. Клиническая характеристика пациентов по полу достоверно не отличалась. Все пациенты получали аспирин в дозе 75 мг ежедневно и стандартную терапию по показаниям включая ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, бета-адреноблокаторы, диуретики, триметазидин, статины. Агрегацию тромбоцитов исследовали при включении в исследование и ежемесячно на лазерном агрегометре НПФ БИОЛА с компьютерной обработкой по программе AGGR. В качестве индукторов агрегации использовались растворы аденозиндифосфата (АДФ) с конечными концентрациями 0,1; 1,0; 5,0 мкг/мл. Статистическая обработка данных исследования проводилась с использованием программного обеспечения SPSS 18.0 с учетом типа переменных и нормальности распределения. Значение вероятности (p) менее 0,05 (двухсторонняя проверка значимости) демонстрировало статистическую достоверность.

Результаты. Основными показателями агрегатограммы, явно отличавшими аспиринорезистентных пациентов, были тип кривой степени светопропускания и трансмиссия на индуктора АДФ 5,0 мкг/мл: однофазные необратимые кривые с трансмиссией от 72 до 95%. Пациенты с сохраненной чувствительностью к аспирину имели однофазные необратимые/обратимые кривые с максимальной трансмиссией не более 60%, что указывает на снижение агрегационной активности тромбоцитов за счет блокирования фазы высвобождения, проявившееся отсутствием второй волны по процентной (%) кривой агрегации тромбоцитов. При обследовании по результатам исследования агрегационной активности тромбоцитов было выявлено 17 (21,2%) пациентов с отсутствием реакции на прием аспирина. Средний степень агрегации тромбоцитов в группы

больных с аспиринорезистентностью с 5,0 мкмоль АДФ составил 82,1%. Неадекватный ответ на прием аспирина достоверно часто наблюдался у женщин и у пожилых (70% и 80%). Резистентными к аспирину достоверно чаще были больные с сахарным диабетом (СД) (соответственно у 7 из 10) чем больные с нормальным ответом тромбоцитов на прием АСК ($p < 0,05$), а также больные с ожирением (соответственно у 6 из 10) ($p < 0,05$). При этом по клиническим проявлениям артериальной гипертензии, ХСН и ССН (головная боль, боли в области сердца за грудиной, одышка, слабость, утомляемость) статистически значимых различий между группами выявлено не было. При анализе результатов рутинных лабораторных исследований у больных с аспиринорезистентностью наблюдалась тенденция к более высокому уровню холестерина и глюкозы.

Заключение. Таким образом, высокие показатели АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов наблюдалась у $\frac{1}{4}$ больных с хроническим коронарным синдромом. Учитывая взаимосвязь сахарного диабета и ожирение с аспиринорезистентностью, необходимо для контроля антитромботической терапии у данной категории больных проводить исследование данного показателя агрегатограммы с целью определения адекватности медикаментозной коррекции. Оптимально подобранная антиагрегантная терапия ацетилсалициловой кислотой характеризуется снижением агрегационной активности тромбоцитов за счет блокирования фазы высвобождения по кривым средней 5,0 мкг/мл дозы АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПИТАНИЕ И ПЕРСониФИЦИРОВАННАЯ МЕДИЦИНА

Хорошилов И.Е.

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Современная медицина развивается как персонифицированная (персональная), превентивная (предупредительная), предиктивная (предсказательная).

Клиническое питание – прикладная дисциплина, занимающаяся диагностикой и лечением больных с нарушениями питания. Индекс массы тела недостаточно точно характеризует состояние питания (ожирение или истощение). Сегодня рекомендуется рассчитывать индекс жировой массы тела или индекс тощей массы тела. В клинике используются различ-

ные приборы, позволяющие точно определить состав массы тела (биоимпедансометрия). Это необходимо для диагностики таких синдромов как саркопения (уменьшение мышечной массы и функции мышц), висцеральное ожирение или кахексия.

Персонифицированное питание предполагает точное определение расходов энергии (с помощью метаболографов, методом непрямой калориметрии) и потребности в белке и других веществах.

Применение специализированных продуктов клинического питания (метаболически и нозологически направленного действия) и таргетных метаболических формул также является примером персонифицированной медицины.

Таким образом, клиническое питание является частью современной персонифицированной медицины.

МИКРОБИОМ, ПИТАНИЕ И ЗДОРОВЬЕ

Хорошилов И.Е.

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

На формирование характерного для данного человека микробиома оказывают влияние генетика, экология, питание, стрессы, прием медикаментов, особенно антибиотиков и т.д. Однако питание оказывает определяющую роль на видовой (качественный) и количественный состав кишечной микробиоты. Так, при употреблении большого количества белков в организме человека увеличивается содержание бифидобактерий, лактобацилл и бактероидов. При потреблении преимущественно углеводов в кишечнике увеличивается количество клостридий и руминококков, а популяции бактериодов, бифидо- и энтеробактерий – уменьшаются.

С другой стороны, нутриенты, производимые микробиотой, могут оказывать существенное влияние как на общий уровень здоровья, так и на течение ряда заболеваний. В последние годы активно изучается роль так называемых метабиотиков и их воздействие на различные функции организма, звенья обмена веществ и иммунитета. Рассматриваются психометабиотики, иммунометабиотики, энергометабиотики и т.д. В нашей стране сегодня используются такие метабиотики как бактистатин, хилак-форте, дайго, актофлор С, закофальк и др. (Шендеров Б.А., 2017; Ткаченко Е.И. и др., 2018).

Таким образом, как нутриенты пищи могут оказывать существенное влияние на микробиом че-

ловека, так и кишечная микробиота, продуцирующая различные вещества, может воздействовать на функции органов и систем организма.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ КОМОРБИДНОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ВПЕРВЫЕ ПРИЗНАННЫХ ИНВАЛИДАМИ

Хорькова О.В.

Санкт-Петербургский институт
усовершенствования врачей-экспертов,
Санкт-Петербург

С позиций современной медико-социальной экспертизы наличие коморбидности у лиц пожилого возраста может оказывать влияние на установление инвалидности. Несмотря на то, что сегодня активно изучают отдельные виды коморбидности в медицине, отсутствуют единая классификация, общепринятая терминология коморбидности, механизмы ее развития. Общий индекс коморбидности – это комплексная сводная оценка сочетания или тяжести заболеваний, которая объединяет проблемы пациентов, взвешивая их по степени тяжести.

Цель исследования. Изучить особенности коморбидности при основной инвалидизирующей патологии у лиц пожилого возраста впервые признанных инвалидами.

Материалы и методы. Единица наблюдения – лица пожилого возраста направленные в 2017 г. в ФГУ ГБ МСЭ. Методы исследования: выкопировка данных, экспертных оценок, аналитический.

Результаты. Нозологическая структура инвалидности исследуемого контингента (n=155) включала следующую патологию: Основное заболевание: Код (рубрика МКБ 10) БСК: ГБ (I 10 – I 13), ИБС (I 20 – I 25.4), ЦВБ (I 60 – I 69) – у 79 человек (50,1±2,8%); F 00.2, F 00.9, F 00.10, F 01.3, F 01.8, F 01.84, F 02.8, F 06.8, F 06.21, F 07.8, G 32.8, G 35, G 80 – у 102 человек (65,8±2,6%); Осложнения: I 50, Y 83.5, F 06.7, G 54.6, G 63.2, N 39.4, R 15, I 67.8, сочетание: I 50, Y 83.5, N 39.4, R 15 Сопутствующая патология: С 16, D 50, I 11.9, I 67.2, I 69, I 70, G 93.4, E 11.9, F 07.8, H 25, H 40, H 93, K 29, K 59, K 81.1, M 42, N11, N 40, R 8, Z93.5.

Среди лиц пожилого возраста, имеющих коморбидную отягощенность, преобладали пожилые лица с 3-4 заболеваниями. Средний возраст больных – 68,9±7,3 года. Анализ распределения исследуемого контингента инвалидов пожилого возраста в зависимости от степени выраженности стойких нарушений функций свидетельствовал, что незначительные на-

рушения I степени (в диапазоне 10-30%) психических функций отмечались у 17 человек (10,9±1,8%), языковых и речевых – у 42 человек (27,1±2,5%), кровообращения – у 70 человек (45,2±2,8%), дыхания – у 49 человек (31,7%±2,6), пищеварения – у 58 человек (37,4±2,8%), эндокринной – у 18 человек (11,6%±1,8), нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) – у 32 человек (20,6±2,2%), сенсорных – у 66 человек (42,6±2,6%), крови и иммунной – у 55 человек (35,5±2,6%), метаболизма – у 48 человек (30,9±2,6%), мочевого выделения – у 22 человек (14,2±2,1%), опорожнения кишечника – у 54 человек (34,8±2,7%). Эти нарушения сопутствовали основным стойким нарушениям функций организма II-IV степеней выраженности.

Умеренные нарушения II степени (в диапазоне 40-60%) психических функций отмечались у 16 человек (9,7±1,8%), языковых и речевых – у 17 человек (10,9±1,7%), кровообращения – у 71 человека (45,8±2,6%), дыхания – у 9 человек (5,8±1,3%), пищеварения – у 21 человека (13,5±1,9%), эндокринной – у 14 человек (8,8±1,6%), нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) – у 39 человек (25,2±2,4%), сенсорных – у 36 человек (23,2±2,5%), крови и иммунной – у 51 человека (32,9±2,5%), метаболизма – у 55 человек (35,5±2,7%), мочевого выделения – у 25 человек (16,1±2,0%), опорожнения кишечника – у 34 человек (21,9±2,5%).

Выраженные нарушения III степени (в диапазоне 70-80%) психических функций отмечались у 29 человек (18,7±2,3%), языковых и речевых – у 12 человек (7,7±1,5%), кровообращения – у 12 человек (7,7±1,4%), дыхания – у 1 человека (0,6±0,3%), эндокринной – у 5 человек (3,2±1,0%), нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) – у 38 человек (24,5±2,4%), сенсорных – у 17 человек (10,9±1,8%), метаболизма – у 2 человек (1,2±0,7%), мочевого выделения – у 69 человек (44,2±2,8%), опорожнения кишечника – у 19 человек (12,2±2,1%).

Отмечались выраженные нарушения IV степени (в диапазоне 90-100%) психических функций у 65 человек (41,9±2,7%), языковых и речевых – у 7 человек (4,5±1,1%), эндокринной – у 1 человека (0,2±0,6%), нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) – у 50 человек (32,8±2,6%), метаболизма – у 1 человека (0,2±0,3%), мочевого выделения – у 9 человек (5,8±1,3%).

Выводы. Анализ распределения исследуемого контингента инвалидов пожилого возраста в зависимости от степени выраженности стойких нарушений функций свидетельствовал, что имело место сочетание, комплексность, нарушений различных функций организма у подавляющего большинства инвалидов

пожилого возраста (89,5%). Низкий индекс коморбидности имели 20,3%, умеренный 65,6%, высокий 13,1% и очень высокий 1%.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 И 2 ТИПОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ

Хохлова Ю.А.

Медицинский университет Караганды,
г. Караганда, Республика Казахстан

Цель. Изучить уровень тревожности у пациентов с сахарным диабетом (СД) 1 и 2 типов и оценить влияние психоэмоционального состояния и уровня тревожности на течение заболевания.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе эндокринологического отделения многопрофильной больницы №1 г. Караганды. Выборку составили 96 пациентов в возрасте от 20 до 80 лет, которые имели верифицированный диагноз СД 1 и 2 типов (34 пациента с СД 1 типа, 62 пациента с СД 2 типа). Исследование проводилось с помощью метода анкетирования по шкале тревожности Тейлора. После завершения анкетирования проводилась оценка уровня тревожности пациентов путем подсчета общего балла: от 0 до 5 баллов – низкий уровень тревожности, 5-15 баллов – средний с тенденцией к низкому уровню тревожности, 15-25 баллов – средний с тенденцией к высокому уровню тревожности, 25-40 баллов – высокий уровень, 40-50 баллов – очень высокий уровень тревожности.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования были получены следующие результаты: среди пациентов с СД 1 типа у 15 пациентов (44%) выявлен средний с тенденцией к низкому уровню тревожности, у 11 пациентов (32%) – средний с тенденцией к высокому уровню, у 8 пациентов (24%) – высокий уровень тревожности. Среди пациентов с СД 2 типа у 12 пациентов (19%) выявлен средний с тенденцией к низкому уровню тревожности, у 28 пациентов (45%) – средний с тенденцией к высокому уровню, у 17 пациентов (28%) – высокий уровень, у 5 пациентов (8%) – очень высокий уровень тревожности. Далее проводился более подробный анализ в группе пациентов с высоким уровнем тревожности (25 пациентов). При оценке гендерных различий среди пациентов с СД 1 и 2 типов с высоким уровнем тревожности преобладали женщины – 17 человек (68%). Проводилась также корреляция между уровнем тревожности и длительностью заболевания. У

пациентов с СД 1 типа на ранних этапах заболевания отмечается высокий уровень тревожности, который в дальнейшем снижается, тогда как у пациентов с СД 2 типа пик тревожности отмечается через 6-10-й год заболевания.

Выводы. Более высокий уровень тревожности наблюдается у пациентов с СД 2 типа. Среди пациентов с высоким уровнем тревожности преобладают женщины. У пациентов с СД 1 типа на начальных этапах заболевания отмечается высокий уровень тревожности, затем имеется тенденция к его снижению. Это связано, со слов пациентов, с постепенным осознанием и принятием своего заболевания, адаптацией к жизни с хроническим заболеванием и формированием навыков контроля состояния. У пациентов с СД 2 типа на начальных этапах заболевания, наоборот, отмечается низкий уровень тревожности, позже наблюдается повышение уровня тревожности, которая достигает максимума на 6-10-й год заболевания. Это объясняется, со слов пациентов, недостаточным осознанием серьезности заболевания, низкой приверженностью к терапии на начальных этапах и развитием осложнений (микро- и макроангиопатии) на более поздних стадиях заболевания при отсутствии приверженности к терапии на начальных этапах. При длительности заболевания 10 лет и более отмечалось некоторое снижение уровня тревожности.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Хохлова Ю.А., Курманова А.Т.

Медицинский университет Караганды,
г. Караганда, Республика Казахстан

Цель. Провести оценку риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с верифицированным диагнозом сахарный диабет 2 типа, находящихся на стационарном лечении в многопрофильной больнице №1 г. Караганды, выявить гендерные, возрастные различия, наличие вредных привычек, оценить образ жизни у пациентов с высоким и очень высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе многопрофильной больницы №1 г. Караганды. Выборку составили 150 пациентов в возрасте от 20 до 70 лет, имеющие в анамнезе верифицированный диагноз сахарный диабет 2 типа. Исследование проводилось методом анкетирования

по опроснику риска сердечно-сосудистых заболеваний, разработанному американским физиологом Э. Говардом. Для оценки риска проводился подсчет общего балла по итогам анкетирования: от 0 до 20 баллов – минимальный риск, 21-50 баллов – средний риск, 51-74 балла – высокий риск и более 75 баллов – очень высокий риск развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Результаты и обсуждение. В ходе проведенного исследования были получены следующие результаты: у 28 пациентов (18%) выявлен минимальный риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, у 39 пациентов (26%) – средний риск, 49 пациентов (33%) имели высокий риск и 34 пациента (23%) – очень высокий риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. В группах с высоким и очень высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний был проведен более детальный анализ. Были выявлены гендерные различия между пациентами. В группе с высоким риском преобладали женщины – 34 человека (69%), в группе с очень высоким риском преобладали мужчины – 22 человека (65%). В обеих группах преобладала возрастная категория 45-65 лет. При оценке наличия вредных привычек в группе пациентов с высоким риском курящие составили 39% (19 человек), некурящие – 61% (30 человек), в группе с очень высоким риском процент курящих и некурящих составил 59% (20 человек) и 41% (14 человек) соответственно. В обеих группах у большинства пациентов отмечался малоподвижный образ жизни (в группе высокого риска – 73% (36 человек), в группе очень высокого риска – 68% (23 человека).

Выводы. Среди пациентов с диагнозом сахарный диабет 2 типа риску развития сердечно-сосудистых заболеваний практически в равной мере подвержены как мужчины, так и женщины. В группах пациентов с высоким и очень высоким риском преобладает возрастная категория 45-65 лет. Курение и малоподвижный образ жизни утяжеляют течение сахарного диабета и являются факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКОВ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Хохлова Ю.А., Курманова А.Т.
Медицинский университет Караганды,
г. Караганда, Республика Казахстан

Цель. Сравнить практическую значимость шкал стратификации риска неблагоприятного исхо-

да при ОКСпСТ у пациентов после стентирования коронарных артерий.

Материал и методы. Ретроспективно проведен анализ медицинской документации (выписные эпикризы) пациентов, которым было проведено первичное чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) по экстренным показаниям. Рассчитана балльная оценка по шкалам CADILLAC, TIMI и проведена сравнительная оценка практической значимости данных шкал. Средние сроки пребывания в стационаре составили $11 \pm 1,2$ дня. Средний возраст пациентов в группе исследования составил $55 \pm 8,3$ лет. Гендерный анализ показал, что в исследование включено мужчин достоверно больше, чем женщин (38 и 21 человека соответственно). При этом значимых различий в возрасте между мужчинами и женщинами не выявлено. Длительный анамнез ИБС ($6,5 \pm 0,6$ лет) встречался у 22% больных. Все пациенты данной выборки были разделены на 2 группы. Критерием разделения на группы послужило наличие неблагоприятных кардиальных событий в течение 12 месяцев наблюдения (смерть, развитие повторного ИМ, повторные госпитализации по поводу нестабильной стенокардии, декомпенсированная сердечная недостаточность, рестеноз или тромбоз стента). В основную группу (1) вошли 17 пациентов, у которых наблюдалось развитие вышеуказанных неблагоприятных событий, в контрольную группу (2) – 42 пациента без развития вышеуказанных осложнений.

Результат и обсуждение. Частота встречаемости высокого риска неблагоприятного исхода в обеих группах по шкале CADILLAC (41,1% против 8%). В течение 30 дней с момента развития ОКСпСТ у 2 пациентов 1 группы отмечено развитие ранней постинфарктной стенокардии. Эти пациенты были в группе высокого риска месячной летальности по шкале CADILLAC.

К пациентам высокого риска следует отнести тех, у кого сумма баллов по шкале TIMI превышала 4 балла. Высокий балл по шкале TIMI свидетельствует о высоком риске смерти, инфаркта миокарда и повторной ишемии, требующей реваскуляризации. Частота встречаемости высокого риска в обеих группах составила (6% и 5% соответственно).

Проведенный сравнительный анализ прогностических шкал стратификации риска неблагоприятного исхода при ОКСпСТ показал, что прогностическая значимость шкалы CADILLAC достоверно выше ($p=0,019$) значимости шкалы TIMI ($p=0,320$), что обуславливает преимущество использования шкалы CADILLAC для скрининговой оценки риска возникновения неблагоприятных коронарных событий у больных ОКСпСТ.

Выводы. Прогностически более информативным для стратификации риска неблагоприятного ис-

хода при ОКСпСТ у пациентов после стентирования коронарных артерий является шкала CADILLAC. Таким образом, шкалу CADILLAC, целесообразно использовать для оценки годового прогноза развития коронарных неблагоприятных событий.

НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Худайбергенов Н.Ю., Полвонов Р.О.
Ургенческий филиал
Ташкентской медицинской академии,
г. Ургенч, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучить морфофункциональные изменения у больных с дисциркуляторной энцефалопатией и сопутствующими заболеваниями – железодефицитной анемией и гипотиреозом.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 140 больных в возрасте 42-66 лет, поступивших в Хорезмский многопрофильный медицинский центр с диагнозом: дисциркуляторная энцефалопатия I и II стадия, который был выставлен на основании субъективных симптомов, анамнеза, объективной симптоматики и данных лабораторно-инструментальных исследований. Больные были разделены на три группы: первую составили пациенты с дисциркуляторной энцефалопатией и железодефицитной анемией средней и тяжелой степени, вторую – пациенты с дисциркуляторной энцефалопатией и гипотиреозом, третью – больные с дисциркуляторной энцефалопатией без сопутствующей патологии. Из 140 больных 70 пациентов были с анемией тяжелой степени, которые были разделены на две подгруппы: в первую включены 36 больных с длительностью заболевания до 5 лет и во вторую – 34 больных с длительностью заболевания более 5 лет; 70 больных с доинсультной цереброваскулярной патологией, составили следующие две подгруппы: третью – 35 больных с начальными проявлениями недостаточности кровообращения мозга четвертую – 35 больных с дисциркуляторной энцефалопатией 1-2 стадии. Контрольную группу или группу сравнения составили 20 практически здоровых добровольцев.

У больных была проведена компьютерная томография головного мозга (аппарат «Шимадзу», Япония). Анализировали степень расширения желудочков головного мозга (в миллиметрах), средний индекс бокового желудочка и наличие очагов пони-

женной плотности в веществе мозга. Затем сравнительно оценивали данные по группам.

Результаты и обсуждение. Согласно полученным данным, в группах с дисциркуляторной энцефалопатией в сочетании с железодефицитной анемией и гипотиреозом ширина бокового желудочка (соответственно $2,3 \pm 0,1$ и $2,2 \pm 0,05$) достоверно была меньше, чем в контрольной группе ($2,9 \pm 0,1$). К тому же в группе с дисциркуляторной энцефалопатией в сочетании с гипотиреозом средний индекс бокового желудочка также был меньше. Очаги пониженной плотности были выявлены у всех больных.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют, что железодефицитной анемией средней и тяжелой степени и гипотиреоз способствуют более ранней манифестации клиники дисциркуляторной энцефалопатией на стадии менее выраженных морфологических изменений, что, по нашему мнению, расширяет диагностический поиск при хронической мозговой сосудистой недостаточности.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ФЕНОТИПОВ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ И НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

**Цапкова В.А., Кондрючая Н.С., Захаров Ю.В.,
Давыдов С.И., Бабаева А.Р.**
Волгоградский государственный
медицинский университет,
г. Волгоград

Цель исследования. Провести клинический анализ сердечно-сосудистой патологии, в том числе различных форм фибрилляции предсердий (ФП), у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ); провести анализ фенотипов ГЭРБ у пациентов с различными формами ФП; оценить взаимосвязь между клиническими особенностями и тяжестью течения ГЭРБ с одной стороны и наличием ФП с другой стороны.

Материалы и методы. Проводился анализ медицинской документации 411 пациентов, госпитализированных в кардиологическое отделение по поводу ФП (240 женщин и 171 мужчина), средний возраст – 69,3 года, и 67 пациентов (32 женщины и 35 мужчин), средний возраст – 49,8 лет, госпитализированных в гастроэнтерологическое отделение по поводу ГЭРБ. Оценивали фенотипы ГЭРБ, характер сердечно-сосудистой патологии, в т.ч. ФП, на основании комплексного клинического, инструментального и лабораторного обследования.

Результаты и обсуждение. При анализе основных фенотипов ГЭРБ были получены следующие данные. Эндоскопически позитивная ГЭРБ с катаральным рефлюкс-эзофагитом и эрозивным рефлюкс-эзофагитом оказалась самой частой формой (41,8% и 28,4% соответственно). ГЭРБ с осложненным течением встречалась в 14,9% случаев, причем, в 80% – это пищевод Барретта. Изолированная эндоскопически негативная ГЭРБ с типичными клиническими симптомами (изжога, регургитация, дисфагия) встречалась в 6,1% случаев. ГЭРБ с внепищеводными проявлениями, такими, как псевдокоронарный синдром и бронхолегочный синдром встречалась в 5,9% и 2,9% соответственно.

У 20,9% пациентов, находящихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении по поводу ГЭРБ, имели место те или иные сердечно-сосудистые заболевания, прежде всего, ФП (10,4%), артериальная гипертензия (6%) и ишемическая болезнь сердца (4,5%). В структуре нарушений ритма сердца преобладала пароксизмальная форма ФП – 6% случаев; персистирующая ФП диагностирована 1,5% случаев; перманентная ФП – в 2,9% случаев.

Из 411 клинических случаев с неклапанной ФП у 23 человек (5,6%) по данным клинического и инструментального обследования была верифицирована ГЭРБ. В основном наблюдалась эндоскопически позитивная катаральная (3,6%) и эрозивная ГЭРБ (1,2%), а также ГЭРБ с псевдокоронарным синдромом (0,7%).

Средняя частота пароксизмов у пациентов с катаральным эзофагитом составила $1,9 \pm 0,6$ случаев в год; у пациентов с эрозивной формой ГЭРБ – $2,8 \pm 1,07$ случаев в год, а у пациентов с пищеводом Барретта – $3,0 \pm 0,47$ случая в год. При проведении корреляционного анализа была выявлена достоверная прямая связь средней силы (коэффициент корреляции составил +0,41) между тяжестью фенотипов ГЭРБ и частотой пароксизмов ФП.

Выводы. Наиболее частым сердечно-сосудистым заболеванием у госпитальной группы лиц с ГЭРБ оказалась ФП (10,4%). У пациентов с ФП в 5,6% случаев имела место ГЭРБ, преимущественно эндоскопически позитивная с катаральным либо эрозивным рефлюкс-эзофагитом. Установлена достоверная зависимость между клиническими фенотипами ГЭРБ и наличием рецидивов ФП. Более тяжелые формы ГЭРБ характеризовались более частыми эпизодами пароксизмов ФП. Полученные результаты позволяют рассматривать сочетание ГЭРБ и ФП как клинически значимую коморбидность, что требует изучения конкретных механизмов, ответственных за развитие ФП при ГЭРБ, а также возможных причин нарушения моторики верхних отделов желудочно-кишечного тракта при ФП.

ПРОБЛЕМА ТРЕВОЖНОСТИ И НЕВРОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ХИМИОТЕРАПИИ

Черников А.Ю., Манахова Д.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

Цель исследования. Изучить выраженность тревоги и невротических состояний у больных туберкулезом и установить способы их коррекции при проведении противотуберкулезной химиотерапии.

Материалы и методы. Из когорты больных туберкулезом, выявленных в период с 2010 по 2018 годы, с помощью компьютерной генерации случайных чисел выделена группа 1 (404 пациента). Из здоровых добровольцев выделена группа 2 (404 пациента). В обеих группах преобладали пациенты мужского пола (60,6% и 61,8%), репродуктивного возраста. У всех пациентов группы 1 зафиксировано бацилловыделение. В группе 1 сформированы две аутентичные подгруппы: подгруппа А (202 пациента) – получали противотуберкулезную химиотерапию и реабилитационные мероприятия; подгруппа В (202 пациента) – получали только противотуберкулезную химиотерапию. Реабилитационный курс начинался с момента подтверждения диагноза, проводился весь период основного курса лечения. Он включал в себя: занятия в «школе пациента», диетические мероприятия, консультации психолога, назначения адаптогенов, коррекции эндокринных нарушений, ингаляционная бронхолитическая терапия, дыхательная гимнастика, аппаратная физиотерапия. Для выявления и оценки невротических состояний применялся клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний. Для оценки проявлений тревоги использовалась шкала Д. Тейлора по версии Т.А. Немчинова.

Результаты и обсуждение. В обеих подгруппах группы 1 преобладают пациенты с психической дезадаптацией по шкалам: вегетативных нарушений, обсессивно-фобических нарушений, тревоги ($p < 0,05$). В группе 2 достоверных различий по всем шкалам и преобладающих значений в категории психической дезадаптации не установлено. В обеих подгруппах группы 1 статистически достоверно преобладал очень высокий и высокий уровень тревоги по шкале Тейлора ($p < 0,01$). Средний высокий уровень не отличался в подгруппах А, В и в группе 2. В группе 2 преобладал низкий уровень тревоги ($p < 0,01$). После окончания курса лечения установлено равномерное статистически достоверное снижение уровня психологической дезадаптации в подгруппе А по следующим шкалам клинического опросника: вегетативных

нарушений, обсессивно-фобических нарушений, тревоги ($p < 0,01$). В подгруппе В не отмечено статистически достоверного снижения. После окончания курса лечения во всех подгруппах не определялся очень высокий уровень тревоги. В подгруппе А достоверно снизились высокий уровень тревоги и средний высокий уровень тревоги ($p < 0,01$). В результате всех проведенных лечебных и реабилитационных мероприятий у пациентов подгруппы А достигнуто субъективное улучшение самочувствия, отсутствия прогрессирования процесса, прекращения бактерио-выделения; рубцевание полости; клиническое излечение. Эти результаты статистически достоверно превышают результаты подгруппы В ($p < 0,05$).

Выводы. У пациентов с туберкулезом органов дыхания установлена психическая дезадаптация по шкалам: вегетативных нарушений, обсессивно-фобических нарушений, тревоги. Им свойственно преобладание очень высокого и высокого уровня тревоги по шкале Тейлора. Значительному снижению распространенности этих показателей у больных туберкулезом способствует ранняя медицинская реабилитация. Сочетание противотуберкулезной химиотерапии и методик медицинской реабилитации приводит к повышению приверженности индивидуума к лечению и значительному улучшению главных показателей диспансерного наблюдения.

ПЕРЕДОЗИРОВКА КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ВСЛЕДСТВИЕ МНОГОКОМПОНЕНТНОЙ ТЕРАПИИ: РЕЗУЛЬТАТЫ РЕГИСТРА «ГРОЗА» (2017-2018 ГГ.)

Чернышева М.Б., Никулина Н.Н.

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова,
г. Рязань

Актуальность. Ряд исследований демонстрирует отдельные клинические случаи передозировок сердечно-сосудистыми препаратами, в то время как значительный интерес вызывает системный анализ данной проблемы.

Цель. Изучить и проанализировать структуру госпитализаций в Областной кардиологической стационар г. Рязани по поводу передозировки сердечно-сосудистых лекарственных средств (ЛС).

Материалы и методы. За два года (01.01.2017-01.01.2019 гг.) был проанализирован 17826 случаев госпитализации. Данные представлены в виде долей (%), возраст – в виде Me [Q1;Q2].

Результаты. Как причина госпитализации передозировка ЛС была зарегистрирована в 2,95% случаев ($n=526$) от всех госпитализаций; в 2017 г. доля составила 2,48%, в 2018 г. – 3,42% ($p=0,0002$ в сравнении с 2017 г.). Средний возраст 74,0 [65,0; 80,0]. Доля мужчин – 33,84%. Брадикардическим действием передозировка проявлялась в 53,42% случаев, гипотензивным – в 20,72%, антикоагулянтным – в 11,22%, иным – в 14,64%. Наблюдается тенденция к увеличению доли передозировок пульсурежающими препаратами (2017 г. – 51,35%, 2018 г. – 54,93%, $p=0,4159$) и рост их абсолютного числа (2017 г. – $n=114$, 2018 г. – $n=167$). Доля относительных передозировок составила 88,95%, доля абсолютных (превышение рекомендованной дозы) – 11,05%; нарушение пациентами режима приема ЛС наблюдалось в 23,6%. Была зарегистрирована передозировка сразу несколькими сердечно-сосудистыми лекарственными препаратами – 47,21% случаев всех госпитализаций. Вызвавший передозировку препарат был известен в 98,48%, доля известной дозы – 64,84%. Ведение пациентов в условиях реанимации потребовалось в 33,46% случаев, экстренных госпитализаций – 89,90%. Летальность в 2017 году составила 5,41% в 2018 году – 3,29% (снижение в 1,6 раза, $p=0,2312$).

Выводы. 1. Продемонстрирована актуальность проблемы передозировки сердечно-сосудистых ЛС. 2. В большей степени клинически значимой передозировке подвержены лица пожилого и старческого возраста. 3. Пульсурежающим действием препаратов обусловлены более половины случаев всех передозировок. 4. Условий реанимационного отделения требовал каждый третий случай передозировки, каждый двадцатый завершился летальным исходом. 5. Превышение рекомендованной дозы имело место в каждом четвертом случае, в остальных эффект передозировки был достигнут, вероятно, за счет суммирования брадикардического действия в условиях коморбидности и полипрагмазии.

МЕДИКАМЕНТОЗНО ОБУСЛОВЛЕННАЯ БРАДИКАРДИЯ КАК ВЕДУЩАЯ ПРОБЛЕМА ПОСЛЕДНИХ ЛЕТ: РЕЗУЛЬТАТЫ ГОСПИТАЛЬНОГО РЕГИСТРА «ГРОЗА»

Чернышева М.Б., Никулина Н.Н.

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова,
г. Рязань

Актуальность. Частота встречаемости брадикардических эффектов при передозировке лекар-

ственных средств (ЛС) в терапевтической практике не изучалась до настоящего времени, системного анализа не проводилось.

Цель. Провести анализ частоты и структуры госпитализаций в областной клинической кардиологической стационар г. Рязани по поводу передозировки лекарственных препаратов (ЛП) с пульсурежающим действием, изучить их клинические особенности.

Материалы и методы. За время анализа (01.01.2017-01.01.2019) в регистр было включено 17826 случаев госпитализации, передозировка за это время была зафиксирована в 526 случаях, из них 53,42% (n=281) – это клинические проявления брадиаритмий. Данные представлены в виде долей (%), возраст – в виде Ме [Q1; Q2]). Результаты. Средний возраст пациентов составил 77,0 [68,0; 82,0] года, доля мужчин – 29,18%. Отмечается увеличение доли случаев передозировки пульсурежающими препаратами: в 2017 г. – 51,35%, в 2018 г. – 54,93% (p=0,4159). Большую часть составили пациенты, в состав терапии которых накануне госпитализации входили бета-блокаторы – 64,62%, на втором месте – антиаритмические препараты (38,99%), третье место заняли сердечные гликозиды (23,83%). Брадикардия <60 ударов в минуту наблюдалась – в 11,74% случаев (поводом для госпитализации послужили клинические проявления), брадикардия <50 ударов в минуту – в 27,05%, <40 ударов в минуту – в 51,96% случаев. СА-блокада зарегистрирована в 26,69%, синдром Фредерика – в 9,61%, сердечные паузы >3 секунд – в 6,05% случаев (в 2017 г. n=4 (3,51%), в 2018 n=13 (7,78%), p=0,1399), приступы Морганьи-Адамса-Стокса или их эквиваленты – в 36,65% случаев. Наблюдались также атриовентрикулярные (АВ) блокады различных градаций: АВ-блокада 1 степени отмечалась в 8,9% АВ-блокада 2 степени – в 9,61%, АВ-блокада 3 степени – в 15,3%. Превышение максимально рекомендованной дозы (абсолютная передозировка) имело место лишь в 10,68% случаев, доказательства нарушения пациентами режима приема ЛП получены только в 25,81% случаев. В 58,06% пациенты принимали ≥ 2 -х пульсурежающих ЛС, в 21,5% ≥ 3 -х ЛС, были случаи приема более 4-х ЛС с брадикардическим действием – 7,53%. Ведение пациентов в условиях реанимационного отделения потребовалось в 40,63% случаев. ЭКС был установлен – в 20,28%. Летальный исход зарегистрирован в 5,34% случаев.

Выводы. 1. Передозировка препаратов с брадикардическим действием составляет более половины всех случаев госпитализаций в Региональный сердечно-сосудистый центр. 2. Продемонстрированы серьезные клинические проявления, нередко требующие ведения в условиях реанимационного отделения и приводящие к летальному исходу. 3. На примере сердечных пауз >3 секунд наблюдается неблагоприятная тенденция к ухудшению симптомов с каждым

годом. 4. Нарушение пациентами режима приема ЛП доказано лишь в 25,81%, тогда как в остальных случаях эффект передозировки объяснялся, в первую очередь, полипрагмазией и коморбидностью.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПОСТОПЕРАЦИОННОЙ БОЛИ ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ ПО ЭКСПРЕССИИ ГЕНОВ В КРОВИ ПЕРЕД ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕМ

Четина Е.В., Глемба К.Е., Маркова Г.А.,
Таскина Е.А., Макаров М.А.

Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Поиск биомаркеров для выявления больных ОА, которым эндопротезирование не принесет облегчения в отношении боли на основании анализа экспрессии генов в крови перед операцией.

Задача исследования. Провести анализ экспрессии генов-предполагаемых прогностических маркеров боли, в крови больных ОА на поздней стадии заболевания перед эндопротезированием.

Материалы и методы. Обследована кровь 40 больных ОА (средний возраст 56.5±8.9 лет) перед эндопротезированием коленного сустава и 26 здоровых доноров (средний возраст 55±8.3 лет). Больных обследовали до и через 6 месяцев после эндопротезирования коленного сустава. Учитывали наличие боли 30% и выше по шкале ВАШ. Общую РНК выделяли из крови и после обратной транскрипции в кДНК использовали для определения уровня экспрессии генов каспазы 3; металлопротеиназы (ММП)-9; тканевого ингибитора металлопротеиназ TIMP1; катепсинов К и S. These в полимеразной цепной реакции в режиме реального времени.

Результаты. Через 6 месяцев после эндопротезирования боль испытывали 9 из 40 обследованных пациентов (22.5%). Анализ экспрессии генов в крови до операции показал, что больные, у которых боль сохранялась после эндопротезирования, имели значительно более высокие уровни экспрессии всех исследованных генов по сравнению со здоровыми лицами, а также с остальными больными, не развивающими болевой синдром после операции. Анализ ROC кривых выявил статистически значимую ассоциацию (p<0.05) между экспрессией генов и вероятностью развития болевого синдрома. Значения cut-off для экспрессии исследованных генов были 11.34 для катепсина S (с чувствительностью

0.89 и специфичностью 0.76), 10.11 для каспазы 3 (с чувствительностью 0.86 и специфичностью 0.65), 9.64 для TIMP1 (с чувствительностью 0.89 и специфичностью 0.57), 10.09 для катепсина К (с чувствительностью 0.86 и специфичностью 0.78). При этом наиболее информативным предиктором постоперационной боли оказалась экспрессия катепсина S [AUC= 0.857, 95%CI (0.708-1.000)].

Вывод. Повышенная экспрессия катепсина S (>11.34 относительных единиц) по сравнению со здоровыми лицами в крови больных ОА, измеренная до эндопротезирования коленного сустава, является прогностическим маркером развития постоперационной боли.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Чижов П.А., Иванова Ю.И., Бобкова Л.П.

Ярославский государственный
медицинский университет,
г. Ярославль

Цель исследования. Исследовать распространенность анемии у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) и сахарным диабетом 2 типа (СД2).

Материалы и методы. Обследовано 323 пациента (98 мужчин и 225 женщин), средний возраст 66,97±0,75 лет, госпитализированных по поводу ухудшения течения хронических ССЗ в сочетании с СД2 (70 человек) или без него (253 человека). Всем пациентам проводилось стандартное клиническое обследование.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст больных в подгруппах больных ССЗ в сочетании с СД2 и без него не отличался. У пациентов с СД2 был достоверно выше индекс массы тела и уровень триглицеридов, а уровень липопротеидов высокой плотности меньше, чем у пациентов с ССЗ без СД2. Не было выявлено различий уровня других показателей липидного обмена, концентрации креатинина, мочевины, величины скорости клубочковой фильтрации, микроальбуминурии между пациентами с ССЗ с СД2 и без него.

Из 323 пациентов анемия диагностирована у 68 больных, что составляет 21,1% обследованных. Анемия легкой степени выявлена у 41 пациента – 60,3%, средней тяжести у 24 пациентов – 35,3%, тяжелой степени у 3 пациентов – 4,4%. Таким образом, анемия легкой степени встречается досто-

верно чаще, чем анемия средней и тяжелой степени тяжести, а средней степени достоверно чаще, чем тяжелая ($p<0,05$). Гипохромная анемия выявлена у 19 пациентов – 27,9%, нормохромная встречается достоверно чаще – у 48 пациентов – 70,6% ($p<0,05$), гиперхромная анемия диагностирована у 1 пациента – 1,5%.

Среди пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы анемия диагностирована у 18,2% больных. При сочетании патологии сердечно-сосудистой системы с СД2 анемия выявляется достоверно чаще – в 31,4% случаев ($p<0,05$), чем у пациентов без СД2. Как и в целом по группе обследованных, в подгруппах пациентов с сердечно-сосудистой патологией и сочетанием ССЗ с СД2 анемия легкой степени встречается достоверно чаще, чем анемия средней тяжести и тяжелая, а средней степени достоверно чаще, чем тяжелая ($p<0,05$). Также в этих подгруппах достоверно чаще выявляется нормохромная анемия, по сравнению с гипохромной и гиперхромной ($p<0,05$). Межгрупповых различий не выявлено.

У пациентов с ССЗ в сочетании с СД2 уровень гемоглобина составлял 128,2±2,5 г/л, что достоверно меньше, чем у пациентов без СД2 – 136,4±1,1 г/л ($p<0,05$). Уровень гематокрита у пациентов с ССЗ и СД также достоверно меньше, чем у пациентов без СД2 – 38,9±0,74% и 40,5±0,3%, соответственно ($p<0,05$). Среднее содержание гемоглобина в эритроците у пациентов с ССЗ и СД2 составляло 29,2±0,32 пг, что достоверно меньше, чем у пациентов без СД2 – 30,2±0,17 пг ($p<0,05$). Средний объем эритроцита у пациентов с заболеваниями органов кровообращения в сочетании с СД2 был также меньше, чем у пациентов с сердечно-сосудистой патологией без диабета – 86,9±1,0 фл и 89,4±0,5 фл соответственно ($p<0,05$).

При наличии анемии уровень гемоглобина у пациентов с кардиологической патологией и СД2 (102,8±3,1 г/л) достоверно ниже, чем у пациентов без диабета – 111,4±1,5 г/л ($p<0,05$). По другим показателям различий в этих подгруппах не выявлено.

Выводы. Выявлена значительная распространенность анемии у пациентов с заболеваниями органов кровообращения и СД2. При сочетании ССЗ с СД2 распространенность анемии и ее выраженность существенно увеличиваются, что позволяет рассматривать СД2 фактором риска развития анемии у больных с ССЗ. Учитывая, что анемия ухудшает качество жизни и является независимым фактором риска повышенной летальности больных с ССЗ, необходим регулярный мониторинг показателей красной крови у таких больных с целью последующей коррекции.

ПРИЧИНЫ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ И ОСОБЕННОСТИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ СХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Шаповалова А.Б.

Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург

Актуальность исследования. Сахарный диабет (СД) 2 типа, являясь одним из основных факторов риска сердечно-сосудистых событий, остается частой и чрезвычайно актуальной проблемой в терапевтической практике. При СД 2 типа для достижения адекватного контроля и вторичной профилактики осложнений нередко необходимо проведение постоянной инсулинотерапии (ИТ), что требует строгого выполнения всех рекомендаций со стороны пациента. В течение многих лет ранняя инсулинизация является одним из важных принципов лечения СД 2 типа.

Цель исследования. Изучить приверженность к лечению больных с СД 2 типа при ИТ, определить причины ИТ, изучить комбинации препаратов И.

Материалы и методы. Изучена 71 медицинская карта стационарного больного с СД 2 типа (45-90 лет). 3 группы: 1 гр. – с назначением И в течение 0-4 лет (14 чел., с момента выявления 1,0±0,3 года), 2 гр. – через 5-10 лет (16 чел., 7,9±1,6 лет) и 3 гр. – через 10 лет (41 чел., 16,8±7,6 лет). Применен авторский опросник.

Результаты. В 1 и 3 гр. все имели глюкометр, во 2 гр. – 75±1,1%. Диету одинаково часто соблюдали в 1 и 2 гр., чаще всех – в 3 гр. – 82,9±0,6% ($p_{1,3} < 0,05$, $p_{2,3} < 0,05$). Имели с собой быстрые углеводы чаще в 1 гр. – 85,7±0,4% и в 3 гр. – 82,9±0,6% ($p > 0,05$). Меняли место введения И чаще в 1 и 3 гр. (71,4±1,3 и 78,1±0,7%, $p > 0,05$). Обработывали место инъекции в 1 гр.: спиртовыми салфетками – 14,3±0,4%, мылом – 7,1±0,7%, не обрабатывали 78,6±1,1%, во 2 гр. – 50±1,3%, 0% и 50±1,3%, в 3 гр. – 39±0,8%, 2,4±0,2% и 58,4±0,8% соотв.-но. Хранят И в холодильнике в 1 гр. 71,4±1,3%, во 2 гр. – 56,3±1,3%, в 3 гр. – 90,2±0,5%. Сразу утилизируют иглу чаще в 1 и 2 гр. (50±1,4 и 56,3±1,3%, $p > 0,05$). Знают свой целевой уровень гликемии или HbA1c в 1 гр. – 64,3±1,3%, во 2 гр. – 43,8±1,3%, в 3 гр. – 39±0,7%. Частота самоконтроля в 1 гр.: 0 – 7,1±0,7%, 1-2 раза в день – 64,3±1,3%, 3-4 раза в день – 28,6±1,3%, во 2 гр. – 31,3±1,2%, 43,8±1,3%, 25±1,1%, в 3 гр. – 9,8±0,5%, 58,5±0,8% и

31,7±0,7% соотв.-но. В 1 гр. перевод на И чаще связан с гипергликемией (Г) – 42,86±1,4% сл., ацетонурией и глюкозурией – 7,14±0,7%, гипергликемическая кома – 14,29±1,0%, не удалось выяснить – 35,71±1,3%. Во 2 гр. Г составила 62,5±1,3% случаев, 6,25±0,6% – другие показания, 31,25±0,1% – неизвестно. В 3 гр. Г – 58,54±0,8% случаев, ацетонурия и глюкозурия – 14,63±0,6%, гипергликемическая кома – 7,32±0,4%, другие показания – 9,76±0,5%, в 4,88±0,3% – отказ от пероральных препаратов, столько же – причину выяснить не удалось. Только И короткого действия (ИКД) получали чаще в 1 и 2 гр. (8,33±0,8; 7,17±0,7 и 2,78±0,3%, $p < 0,05$). Монаотерапия И средней продолжительности действия (ИСД) чаще применялась во 2 гр. (16,67±1,1; 21,43±1,1 и 11,11±0,5%, $p < 0,05$). Монаотерапия И длительного действия (ИД) чаще проводилась в 1 и 2 гр. (33,33±1,4; 21,43±1,1 и 13,89±0,6%, $p < 0,05$), ИКД и ИД – в 1 и 3 гр. (41,67±1,5; 35,71±1,3 и 58,33±0,8, $p < 0,05$). Микс ИСД и ИД – только во 2 и 3 гр. (14,29±1,0% и 8,33±0,5%, $p > 0,05$).

Выводы. Пациенты с СД 2 типа, которым ИТ была назначена сразу или в течение первых 5 лет, а также после 10 лет, более привержены к лечению. По-видимому, в самом начале заболевания это связано с более серьезным отношением к выполнению рекомендаций, тогда как при длительном стаже – с развитием осложнений, требующих тщательного контроля. Причины перевода на ИТ разнообразны, но в большинстве случаев связаны с неэффективностью других методов лечения, развитием кетоза и жизнеугрожающих состояний. Во всех группах самой частой оказалась комбинация ИКД и ИД по схеме «базис-болус», что позволяет более тщательно вести контроль и не допускать постпрандиальной гипергликемии.

ВЛИЯНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

**Шаповалова М.М., Дробышева Е.С.,
Овсянников Е.С., Перцев А.В., Феськова А.А.**

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

Цель исследования. оценка качества жизни больных с ишемической болезнью сердца и больных

с сочетанием ИБС (ИБС) и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) с использованием международного опросника SF-36 и последующим сравнением полученных результатов.

Материалы и методы. В исследование были включены 35 пациентов с ИБС и 31 пациент с сочетанием ГЭРБ и ИБС в возрасте от 40 до 65 лет. Критерии исключения: хроническая сердечная недостаточность выше II ФК, острая сердечно-сосудистая патология, тяжелые нарушения ритма сердца, рефлюкс-эзофагит V степени, сопутствующие заболевания, которые потенциально могли повлиять на результат исследования. До начала исследования получено добровольное согласие пациентов на участие. Все пациенты имели длительный анамнез по изучаемым заболеваниям и прошли обследование, подтвердившее ранее установленные диагнозы ГЭРБ и ИБС. Опросник SF-36 состоит из 36 вопросов, характеризующих 8 показателей: физическое функционирование – PF (Physical Functioning), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием – RP (Role-Physical Functioning), телесная боль – BP (Bodily pain), общее здоровье – GH (General Health), жизненная активность – VT (Vitality), социальное функционирование – SF (Social Functioning), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием – RE (Role-Emotional) и психическое здоровье – MH (Mental Health). Все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие. Опросник SF-36 был выдан пациентам на руки для самостоятельного заполнения.

Результаты и обсуждение. Качество жизни нарушалось у всех пациентов и варьировало по шкале GH в обеих группах от 15 до 55. Наименьшие значения средних величин определялись в шкалах RE и RP, наибольшие значения в обеих группах – в шкале PF. Обращает на себя внимание тот факт, что в группе пациентов с сочетанием ГЭРБ и ИБС средние значения в шкалах SF и MH оказались существенно ниже, чем у пациентов, не страдающих ГЭРБ: SF (ИБС)=44,64±17,49; SF (ИБС+ГЭРБ)=36,69±13,28; MH (ИБС)=50,62±12,45; MH (ИБС+ГЭРБ)=40,00±12,56. Для сравнения средних значений по всем шкалам использовался критерий Стьюдента – t-критерий, значимыми оказались различия по шкалам SF, MH, RE ($p < 0,05$).

Полученные в результате исследования данные свидетельствуют о том, что снижение качества жизни, определяемое по шкалам, формирующим физический компонент здоровья (PF, RP, BP, GH) у пациентов в обеих группах было примерно одинаковым. У больных с сочетанием ГЭРБ и ИБС уровень жизни по трем шкалам из четырех, формирующих психический компонент здоровья

(MH, RE, SF, VT), оказался достоверно ниже по сравнению с группой пациентов с изолированной протекающей ИБС.

Выводы. Наименьший уровень качества жизни в изучаемых группах определялся по шкалам ролевого функционирования, обусловленного физическим и эмоциональным состоянием. В группе пациентов с сочетанием ГЭРБ и ИБС уровень качества жизни по шкалам, формирующим психический компонент здоровья оказался достоверно более низким, чем в группе больных с изолированной протекающей ИБС. Выявленное отрицательное влияние ГЭРБ на психологическое состояние больных с ИБС, ограничивающее их социальную активность, требует более пристального внимания к таким больным. Необходимо активное выявление лиц, страдающих ГЭРБ среди больных с ИБС и своевременное назначение им режимных и диетических мероприятий и эффективной медикаментозной терапии, что в конечном итоге позволит повысить качество жизни таких пациентов.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ФАГОЦИТИРУЮЩИХ МАКРОФАГОВ У ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ ГУ «ЛГМУ» С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГАСТРОБИЛИОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Шатохина Я.П., Соцкая Я.А.

Луганский государственный медицинский
университет имени святителя Луки,
г. Луганск, Украина

В последние десятилетия определяется отчетливая тенденция к неуклонному росту числа пациентов с органическими и функциональными заболеваниями билиарной системы, наряду с частой выявляемостью сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта. Общая заболеваемость иностранных студентов ГУ «ЛГМУ» по классу «Болезни органов пищеварения» занимает второе место в структуре заболеваемости в течение последних 5 лет. Известно, что в патогенезе заболеваний гастробилиоудоденальной зоны, кроме прямого влияния доказанных этиологических факторов и разветвления их механизмов в становлении болезни (вирусы, психоэмоциональные перегрузки, стрессовые ситуации, алиментарные погрешности и др.), лежат общепатологические процессы перекисидации клеток на

фоне дефицита собственных ферментных и неферментных антиоксидантов.

Цель работы. Было изучение влияния комбинации препаратов кверцетина и урсодеза для лечения хронических заболеваний ГБД у иностранных студентов.

Материалы и методы. Нами было обследовано 66 иностранных студента ГУ «ЛГМУ» с хроническими заболеваниями ГБД зоны (хронический гастродуоденит, хронический некалькулезный холецистит). Рандомизация по полу и возрасту не проводилась. Все больные были разделены на две группы: основную (36 человек), которые дополнительно получали комбинацию препаратов кверцетина (80 мг 2 раза) и урсодеза (500 мг на ночь), и сопоставления (30 пациентов), которые получали общепринятое лечение.

Результаты и обсуждение. При проведении исследования у пациентов с хроническими заболеваниями ГБД зоны было установлено: до начала проведения лечения имеют место однотипные существенные изменения показателей СФМ, которые характеризовались снижением всех изученных фагоцитарных показателей. После завершения лечения у пациентов основной группы было обнаружено четко выраженную положительную динамику показателей СФМ. ФИ вырос относительно исходного уровня в 1,6 раза и составил $(27,3 \pm 0,6)\%$, ФЧ составило $3,59 \pm 0,24$, что практически соответствовало нижней границе нормы. Аналогичная тенденция отмечена относительно ИА и ИП, которые составили $(16,2 \pm 0,4)\%$ и $(25,43 \pm 0,25)\%$ соответственно. У больных группы сопоставления, наблюдается определенное повышение значений изученных показателей, но в целом показатели функциональной активности СФМ остаются достоверно ниже нормы. Так, ФИ повысился по сравнению с исходным в 1,32 раза и составил $(21,6 \pm 0,9)\%$, что было в 1,24 раза менее соответствующего показателя нормы; ФЧ у этих больных повысилась относительно исходного его значение в 1,3 раза и составил $3,2 \pm 0,15$, что однако было в 1,35 раза меньше нормы. ИА повысился до $(12,52 \pm 0,15)\%$, что все же было меньше нормы в 1,21 раза. ИП на момент завершения общепринятого лечения составлял $(18,54 \pm 0,4)\%$, что было ниже нормы в 1,36 раза.

Выводы. Таким образом, полученные результаты позволяют считать, что включение комбинации препаратов кверцетина и урсодеза в комплекс лечения иностранных студентов ГУ «ЛГМУ» с хроническими заболеваниями ГБД зоны способствует нормализации показателей СФМ и является патогенетически обоснованным и клинически перспективным.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА БРАДИЭНТЕРИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СМЕРТНОСТИ

Шемеровский К.А.¹, Юров А.Ю.²,
Селиверстов П.В.³, Бакаева С.Р.³, Бочкарёв М.В.⁴

¹Санкт-Петербургский медико-социальный институт,

²Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет,

³Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,

⁴Национальный медицинский исследовательский
центр имени В.А. Алмазова,
Санкт-Петербург

Известно, что замедление циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника у лиц старше 40 лет повышает риск кардиоваскулярной смертности на 21-39% (Honkura K, et al. 2016). Однако возможность такого риска у более молодых лиц остается мало исследованной.

Цель исследования. Был скрининг брадиэнтерии (замедления энтерального ритма) у лиц 20-летнего возраста с целью ранней диагностики нарушения циркадианного ритма дефекации как доказанного фактора риска кардиоваскулярной смертности. Задачи: оценить зависимость регулярности ритма стула от момента его реализации в разные периоды суток и оценить зависимость уровня качества жизни от регулярности кишечного ритма.

Материалы и методы. Скрининг проводили на 356 студентах-медиках в возрасте около 20 лет (114 мужчин и 242 женщины). Использовали методику хроноэнтерографии – недельный мониторинг околосуточного ритма дефекации с выяснением частоты и акрофазы этого ритма. Выделяли регулярный ежедневный ритм кишечника (эуэнтерия) с частотой стула не ниже 7 раз в неделю, а также нерегулярный замедленный ритм кишечника (брадиэнтерия) при частоте стула от 1 до 6 раз в неделю. Исследовали уровень качества жизни и склонность к употреблению слабительных средств. Высоким уровнем качества жизни считали уровень от 80% до 100% от оптимального уровня. Пониженным уровнем качества жизни считали уровень ниже 80% от оптимума.

Результаты. Брадиэнтерия трех стадий тяжести была диагностирована у 47% обследованных лиц. Первая стадия брадиэнтерии (легкая) при частоте стула 5-6 раз/нд – была выявлена у 33% лиц. Вторая стадия брадиэнтерии (умеренная) при частоте стула 3-4 раза/нд была диагностирована у 11% лиц. Третья стадия брадиэнтерии (тяжелая) при частоте

стула 1-2 раза в неделю была диагностирована у 3% обследованных лиц. При брадиэнтерии отсутствие утренней фазы ритма стула встречалось почти в 3 раза чаще, чем ее наличие. Эуэнтерия была выявлена у 53% лиц, причем наличие утренней акрофазы ритма стула встречалась почти в 2 раза чаще, чем ее отсутствие.

Установлено, что высокий уровень качества жизни был у 40% лиц с эуэнтерией и чем ниже частота стула, тем ниже шанс высокого уровня качества жизни (23%, 9% и 2% для I, II и III стадии брадиэнтерии). Лица с эуэнтерией не принимали слабительных средств. Чем реже был ритм стула, тем выше был риск приема слабительных средств: 13%, 30% и 64% лиц принимали слабительные с I, II и III стадией брадиэнтерии соответственно.

Выводы. 1. Брадиэнтерия – как самый ранний фактор риска кардиоваскулярной смертности диагностирована почти у каждого второго студента – у 47% лиц. 2. Легкая и умеренная стадии тяжести брадиэнтерии (которые ранее не диагностировались) выявлены почти в 15 раз чаще тяжелой ее стадии. 3. Чем реже частота ритма кишечника, тем ниже уровень качества жизни. 4. Чем реже частота ритма кишечника, тем выше риск приема слабительных. 5. Принимая во внимание тот факт, что замедление ритма кишечника повышает риск кардиоваскулярной смертности на 21-39%, можно считать, что скрининг и устранение брадиэнтерии у молодых лиц около 20 лет может способствовать ранней профилактике кардиоваскулярной смертности почти у каждого второго.

ВОЗРАСТНАЯ КОРРЕЛЯЦИЯ УРОВНЯ ИОНИЗИРОВАННОГО КАЛЬЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ

Шилов В.В.^{1,2}, Вершинин А.А.¹, Гусейнов Г.Э.¹

¹Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,

²Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург

Цель. Выявить возможную корреляцию между уровнем гипокальциемии и возрастом у пациентов с хроническим алкоголизмом.

Материалы и методы. Работа основана на изучении уровня ионизированного кальция в анализах крови при поступлении у пациентов, госпитализированных в период с 01.10.2019 г. по 01.12.2019 г. на отделение токсикологии и ток-

сикореанимации НИИ СП им. И.И.Джанелидзе. Всего были исследованы анализы крови у 135 пациентов в возрасте от 20 до 80 лет, при этом все пациенты были поделены на 2 группы. Первая группа включает в себя пациентов с хроническим алкоголизмом, то есть состоящих на учете у нарколога с диагнозом хронический алкоголизм или не состоящих на учете, но многократно (3 и более раза за последний год) поступавших на отделение токсикологии с диагнозом острого перорального отравления этанолом (ОПОЭ). Вторая группа – контрольная, в нее входят пациенты НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, госпитализированные по не связанному с алкогольной интоксикацией причинам. Количество пациентов в группах 1 и 2 составило 91 и 44 пациентов соответственно, средний возраст поступивших пациентов в группе 1 – 41,2 год, в группе 2 – 43,5 года.

Результаты и обсуждение. Уровень ионизированного кальция в группе 2 (контрольной) составил $1.14 \pm 0,09$ ммоль/л, что соответствует нормальному значению данного показателя (1,1-1,3 ммоль/л). В первой группе пациенты были разделены на несколько возрастных групп, в каждой из которых было определено среднее значение уровня ионизированного кальция в крови. Распределение по возрастам в группе с хроническим алкоголизмом составило: группа 18-24 лет (N=8, M= $1,13 \pm 0,12$ ммоль/л, p=0.94 по сравнению с контрольной группой), группа 25-34 лет (N=22, M= $0,78 \pm 0,21$ ммоль/л, p=0.12), группа 35-44 лет (N=23, M= $0,72 \pm 0,20$ ммоль/л, p=0.06), группа 45-54 лет (N=17, M= $0,66 \pm 0,22$ ммоль/л, p=0.048), группа 55-64 лет (N=15, M= $0,65 \pm 0,22$ ммоль/л, p=0.043), группа 65-80 лет (N=6, M= $0,94 \pm 0,13$ ммоль/л, p=0.21).

Таким образом, достоверное снижение уровня ионизированного кальция отмечается в группах 45-54, 55-64 лет.

Выводы. Очевидно, что прямой зависимости между возрастом и показателем ионизированного кальция не выявлено. Поэтому нет оснований утверждать, что ионизированный кальций уменьшается исключительно из-за увеличения возраста. Наиболее низкий уровень ионизированного кальция наблюдался в возрастных группах 45-54 и 55-64 лет, где существует статистически значимое снижение уровня кальция (p<0,05) по сравнению с контрольной группой. В этих группах имеется тенденция к снижению ионизированного кальция в крови. Можно предположить, что это связано с наибольшим распространением хронического алкоголизма в данных возрастных группах, поэтому у пациентов в возрасте 45-64 лет, особенно с предполагаемым хроническим алкоголизмом, необходимо уделять особое внимание электролитным изменениям крови.

ФАКТОРЫ РИСКА УХУДШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Шипилова Д.А., Нагибович О.А.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Выявить факторы риска ухудшения функции почек и определить возможность использования индекса резистивности (RI) в качестве критерия прогнозирования почечного исхода у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы. Под наблюдением с октября 2015 по декабрь 2019 года находились 82 пациента с СД 2 типа. За время наблюдения у 26,8% пациентов зафиксировано снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) ниже 60 мл/мин/1,73 м² и повышение альбумин-креатининовой соотношения (А/Кр) выше 3 мг/ммоль. В связи с этим пациенты были разделены на две группы: 1-я – 60 больных (39 мужчин и 21 женщина), у которых определялись СКФ выше или равная 60 мл/мин/1,73 м² и А/Кр от 0,2 до 1,8 мг/ммоль. 2-я – 22 пациента (18 мужчин и 4 женщин), у которых определялись СКФ ниже 60 мл/мин/1,73 м² и А/Кр от 5 до 16,4 мг/ммоль. Исследовали основные клинико-лабораторные показатели: антропометрические, гемодинамические, уровень компенсации углеводного обмена, креатинин сыворотки крови, креатинин мочи, альбумин мочи, показатели липидного обмена. Диагноз хронической болезни почек (ХБП) устанавливали на основании определения СКФ по формуле СКД-ЕРI и расчета А/Кр в соответствии с рекомендациями международного общества нефрологов (KDIGO). Всем пациентам было выполнено доплерографическое исследование одной из сегментарных артерий правой почки. Определяли показатель внутрпочечного сосудистого сопротивления: RI. Статистическая обработка экспериментальных данных проводилась с использованием программ STATISTICA 10 и включала методы вариационной статистики, корреляционный анализ, непараметрические критерии (Манна-Уитни, ро-Спирмена). Почечный исход оценивали с использованием метода Каплана-Мейера с применением лонг-ранг теста и регрессионной модели Кокса. Величина относительного риска определялась с указанием 95% ДИ. Выборочные данные представлены в виде Me [Xmin; Xmax], где Me – медиана выборочных данных, [Xmin; Xmax] – размах выборки. В парных сравнениях принят уровень значимости $\alpha=0,05$.

Результаты и обсуждение. Исследование выявило, что больные СД 2 типа с признаками ХБП (группа 2) были старше по сравнению с группой 1 (65 [60;70] vs 56 [50;63] лет, $p_{2,1}=5,5 \cdot 10^{-8}$, соот-

ветственно), кроме того отличались большей длительностью заболевания (15 [10; 23] vs 6 [5; 8] лет, $p_{2,1}=0,0001$, соответственно), ожирением (31 [29; 33] vs 29 [26; 32] кг/м², $p_{2,1}=0,009$, соответственно), более высоким уровнем гликированного гемоглобина (HbA1c) (9,0 [7,8; 10,0] vs 7,9 [6,9; 8,9] %, $p_{2,1}=0,002$, соответственно) и RI (0,71 [0,67; 0,73] vs 0,66 [0,61; 0,69], $p_{2,1}=0,000001$, соответственно). В общей группе обследованных была выявлена связь между креатинином сыворотки крови и: возрастом ($\rho=0,38$, $p=0,0001$), длительностью диабета ($\rho=0,35$, $p=0,0004$), ИМТ ($\rho=0,28$, $p=0,005$), RI ($\rho=0,41$, $p=0,0001$). А также между СКФ и: возрастом ($\rho=-0,55$, $p=0,002$), ИМТ ($\rho=-0,30$, $p=0,0001$), HbA1c ($\rho=-0,32$, $p=0,001$), RI ($\rho=-0,38$, $p=0,001$), взаимосвязь между А/Кр и: RI ($\rho=0,30$, $p=0,001$), HbA1c ($\rho=0,31$, $p=0,001$). Для однофакторного анализа почечного исхода, используя метод Каплан-Мейера пациенты по RI были разделены на две группы: RI<0,70 и RI \geq 0,70. Ухудшение функции почек за период наблюдения было выявлено в группе с RI \geq 0,70 и составило 60% ($p=0,001$). На заключительном этапе была сформирована модель Кокса, в основу которой включили все влияющие на почечный исход факторы, выявленные на предыдущих этапах: возраст, длительность заболевания, ИМТ, HbA1c, RI. Анализ показал, что значимыми факторами риска ухудшения ренальной функции является RI \geq 0,70 (OR=1,9; ДИ=1,6-2,3; $p=0,001$).

Выводы. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что факторами риска ухудшения функции почек у больных сахарным диабетом 2 типа являются возраст, длительность диабета, ожирение, уровень компенсации углеводного обмена и индекс резистивности. Наиболее значимым критерием прогнозирования почечного исхода является индекс резистивности 0,70 и выше.

ЯТРОГЕНИИ И ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Шишкин А.Н.

Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург

Происхождение ятрогении тесно связано с развитием самой медицины и, наоборот, без тщательного анализа последствий ятрогении невозможно развитие медицинской науки и практики. Ятрогенные заболевания могут быть спровоцированы следующими факторами: неосторожное или преднамеренное воздействие на пациента словами

или неречевыми средствами выражения, например, мимика, жесты; поспешное информирование пациента о диагнозе и его прогнозе; ярко выраженное невнимательное отношение медицинского персонала или вообще бездействие; несоблюдение правил хранения медицинской документации. Ятрогении, связанные с лечением обусловлены побочным действием лекарственных средств или их индивидуальной непереносимостью. Кроме того, лекарственная ятрогения может быть обусловлена неадекватным или ошибочным применением лекарственных средств. Личные качества медицинского работника, и в первую очередь врача, являются часто одним из решающих факторов ятрогении. Последнее время появились новые понятия: «Сестрогении» – психические расстройства у пациента, спровоцированные неосторожными высказываниями или действиями медсестры. «Эгогении» – влияние пациента на самого себя путем самовнушения. «Эгрогении» – это когда пациенты прямо или косвенно оказывают влияние на состояние друг друга. Лекарственная зависимость часто обусловлена как просчетами в лечебной тактике врача, так и особенностями психологического портрета пациента. Различают физическую и психическую (психологическую) лекарственную зависимость. В случаях физической зависимости у больного после отмены препарата или вещества развивается абстиненция, неврологические, психические или вегетативно-соматические расстройства. К абстиненции может приводить не только отмена средства, но и введение в организм антагонистов того вещества, которое привело к физической зависимости, а ее клиническая картина напрямую зависит от продолжительности применения, вида и величины доз психоактивного препарата. Второй вид лекарственной зависимости – психический, наблюдается в случаях, когда после отмены средства у пациента возникает чувство эмоционального дискомфорта и психологическая неустойчивость. Наиболее часто у больного появляется непреодолимое желание, превращающееся в навязчивую идею, к приему конкретного лекарственного средства. Зависимость психическая и физическая считаются как наркоманией, так и привыканием. Однако все формы этого патологического явления имеют и общие симптомы. Важными составляющими развития заболевания являются особые характеристики личности человека, его социально-экономический статус, а также то, насколько средства вызывающие лекарственную зависимость, доступны. Нестероидные противовоспалительные препараты (НСПВП) популярны для широкого диапазона клинических состояний. Они свободно доступны и часто прописываются врачами. Несмотря на полезность этих лекарств, имеются существенные экс-

периментальные и клинические доказательства об их отрицательном влиянии в частности на почки. Это может быть острая, в значительной степени обратимая, недостаточность вследствие ингибирования почечных вазодилаторных простагландинов. Пожилой возраст, гипертензия, сопутствующее использование мочегонных средств или аспирина, наличие предшествующей почечной недостаточности, сахарный диабет и уменьшение объема плазмы являются факторами риска для почечной недостаточности после перорального приема НСПВП. В отличие от довольно хорошо описанных острых эффектов НСПВП на почку, хронические эффекты менее хорошо исследованы. Анальгетический синдром представляет сегодня важную проблему внутренней патологии. В развитии этого синдрома значительную роль играет ятрогения и лекарственная зависимость. Пока анальгетические смеси и нестероидные противовоспалительные препараты остаются свободно доступными, анальгетическая нефропатия будет оставаться серьезным и трудно решаемым вопросом.

МОДИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ПРИ ПРИЕМЕ АТОРВАСТАТИНА

Шолкова М.В., Доценко Э.А.
Белорусский государственный
медицинский университет,
Минск, Республика Беларусь

Препараты группы ингибиторов гидроксиметилглутарилкоэнзим-А редуктазы (статины) имеют ряд плейотропных эффектов, не связанных с липидным обменом. В связи с высокой коморбидностью хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и сердечно-сосудистых заболеваний, влияние статинов на клинические проявления ХОБЛ имеет большое значение.

Цель исследования. Выявить особенности клинического течения ХОБЛ у пациентов, принимающих аторвастатин.

Материалы и методы. В исследование включено 92 пациентов с ХОБЛ вне обострения в возрасте от 40 до 65 лет. Методом простой рандомизации пациенты разделены на две группы: группа 1 (n=42), в дополнение к стандартной терапии ХОБЛ получала аторвастатин 20 мг один раз в сутки («Белмед-препараты», Беларусь) и группа 2 (n=50) получала только стандартную терапию ХОБЛ. Наблюдение за пациентами продолжалось 24 недели с контрольными

ми визитами через 4, 12 и 24 недели после включения. Уровень одышки оценивали по шкале mMRC, спирометрию проводили на аппарате «МАС-1» (Беларусь), толерантность к физической нагрузке оценивали по тесту шестиминутной ходьбы (ШМТ).

Результаты и обсуждение. Группы были сопоставимы по возрасту (61 [58; 65] лет против 61 [55; 64] лет) и полу (мужчин 73,8% против 76,0%) в группе 1 и 2, соответственно. Тяжесть ХОБЛ также была сопоставима (легкая/средней тяжести/тяжелая/крайне тяжелая ХОБЛ в группе 1 6/19/13/4 пациентов против 4/25/19/2 в группе 2). Исходно группы не имели различий по показателям спирометрии и выраженности одышки в покое ($p > 0,05$).

Через 24 недели выраженность одышки в группе 1 уменьшилась с 2,0 [1,0; 3,0] баллов до 1,0 [1,0; 2,0] баллов ($p = 0,017$), в группе 2 уровень одышки не изменился ($p > 0,05$). Исходно в группе 1 результаты ШМТ были ниже и составили 345 [300; 390] м, в группе 2 – 396 [358; 413] м ($p = 0,007$). Через 24 недели в группе 1 результаты ШМТ увеличились и достигли 373 [308; 450] м ($p = 0,012$), тогда как в группе 2 не изменились – 398 [377; 415] м ($p > 0,05$). После 24 недель приема аторвастатина различия в ШМТ между группами нивелировались ($p = 0,108$) за счет позитивной динамики результатов теста в группе 1.

ОФВ1 после пробы с бронхолитиком (БП) в группе 1 вырос с 57 [36; 71]% от должного до 63 [42; 80]% за 24 недели ($p = 0,016$), в группе 2 ОФВ1 не изменился: 48 [36; 65]% от должного исходно, через 24 недели – 49 [37; 71]% ($p = 0,016$). В группе 1 ФЖЕЛ выросла с 71 [49; 86]% от должного исходно до 77 [59; 93]% через 24 недели ($p = 0,004$), в группе 2 показатель не изменился: 66 [53; 80]% исходно и 78 [64; 93]% ($p > 0,05$). Отношение ОФВ1/ФЖЕЛ (%) до БП группе 1 имело тенденцию к повышению с 60 [49; 68]% до 62 [51; 68]%, в группе 2 – тенденцию к снижению с 57 [43; 63]% до 52 [41; 63]%. После БП тенденция сохранялась: ОФВ1/ФЖЕЛ была в группе 1 – 62 [45; 71]% и 65 [53; 69]%, в группе 2 – 55 [44; 65]% и 54 [44; 66]% исходно и через 24 недели, соответственно ($p > 0,05$ исходно для обеих групп). При межгрупповом сравнении через 24 недели имелись различия в отношении ОФВ1/ФЖЕЛ как до БП ($p = 0,015$), так и после ($p = 0,037$).

Выводы. У пациентов с ХОБЛ в применение аторвастатина в дозе 20 мг в сутки на протяжении 24 недель в составе комплексной терапии приводит к снижению степени выраженности одышки по шкале mMRC, улучшению переносимости физической нагрузки по результатам теста шестиминутной ходьбы, уменьшению выраженности бронхиальной обструкции по результатам спирометрии.

РАССТРОЙСТВО ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЦЕЛИАКИЕЙ

Шомин А.В., Орешко Л.С., Семенова Е.А.
Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Провести скрининг больных целиакией на наличие расстройства пищевого поведения.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 40 больных целиакией, из них женщин было 26 человек (65%), мужчин – 14 человек (35%). Средний возраст пациентов составил 34,4±2,7 года. Для скрининга наличия расстройства пищевого поведения был использован переведенный и адаптированный опросник EAT-26, составленный в 1982 году, состоящий из 26 вопросов, степень выраженности симптомов отмечается по шкале Ликерта.

Результаты и обсуждение. По данным исследования среднее значение суммы баллов составило 14,5±1,2, что не превышает пороговое значение. Расстройство пищевого поведения было выявлено у 10-ти пациентов (25%). В связи с тем, что единственное патогенетическое лечение целиакии включает в себя строгую аглютенную диету, многие больные могут чрезмерно сосредоточиться на своей диете, что проявляется постоянной проверкой этикеток продуктов питания и ограничением целых нутриентных групп.

Выводы. Таким образом, при скрининге больных целиакией расстройство пищевого поведения было выявлено у 25% пациентов, данное состояние требует срочного лечения, когнитивной поведенческой терапии и психокоррекции, в связи с высоким риском развития тревожной анорексии, Пика или булимии.

АНАЛИЗ ПОСТАНОВКИ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА СРЕДИ БОЛЬНЫХ ЦЕЛИАКИЕЙ

Шомин А.В., Орешко Л.С., Семенова Е.А.
Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Проанализировать предварительные диагнозы, которые были поставлены больным с целиакией.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 130 больных с подтвержденным диагнозом – целиакия, из них женщин было 94 человека

(72,3%), мужчин – 36 человек (27,7%). Средний возраст пациентов и средняя длительность заболевания до визита составили $35,8 \pm 1,3$ лет и $11,9 \pm 1,4$ лет соответственно. Были проанализированы предварительные диагнозы, поставленные данным больным их лечащими врачами после объективного и лабораторного обследования.

Результаты и обсуждение. Наиболее частыми предварительными диагнозами оказались: хронический гастрит – 22 пациента (16,9%), хронический гастродуоденит – 19 (14,6%), дерматозы – 16 (12,4%). Умеренно встречались такие входящие диагнозы, как пищевая непереносимость – у 10 больных (7,7%), рефрактерная гипохромная микроцитарная анемия – 9 (6,9%), синдром раздраженного кишечника – 7 (5,4%), функциональная диспепсия – 6 (4,6%), воспалительные заболевания кишечника – 6 (4,6%). Самыми редкими диагнозами стали: остеопороз – 4 пациента (3,1%), стеноз чревного ствола – 3 (2,3%), инфекционный гастроэнтерит – 2 (1,5%), женское бесплодие – 2 (1,5%), вторичный иммунодефицит – 2 (1,5%). С предварительным диагнозом «целиакия» в клинику университета обратилось лишь 10 больных (7,7%).

Выводы. Таким образом, предварительный диагнозом «целиакия» был установлен только у 7,7% пациентов, имеющих данную патологию, что подчеркивает необходимость в улучшении качества диагностики населения, в повышении медицинской грамотности и профессионализма среди терапевтов, гастроэнтерологов, диетологов и врачей других специальностей в связи с широкой распространенностью этой энзимопатии, а также в интенсификации информирования, как медицинского персонала, так и населения в целом о целиакии, диетотерапии и профилактики возможных осложнений.

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА KCNJ11 В ФОРМИРОВАНИИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ОТВЕТА НА ТЕРАПИЮ МЕТФОРМИНОМ У ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Шорохова П.Б., Баранов В.Л.,
Ворохобина Н.В., Матезиус И.Ю.
Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Метформин оказывает свои фармакологические эффекты при сахарном диабете 2 типа (СД2) через плейотропные механизмы повышения чув-

ствительности к инсулину. Полиморфизм генов, играющих ключевую роль в процессе секреции инсулина может быть одним из важных факторов, определяющих индивидуальную реакцию на метформин.

Цель исследования. Изучить влияние полиморфизма rs5219 (C>T) гена KCNJ11 на фармакологические эффекты метформина у пациентов с впервые выявленным СД2.

Материал и методы. В проспективное исследование продолжительностью 6 месяцев было включено 77 пациентов (30 мужчин и 47 женщин) в возрасте от 30 до 65 лет с впервые выявленным СД2, не имеющих противопоказаний для назначения метформина. При включении в исследование медиана индекса массы тела (ИМТ) составила $32,7 [31,3; 35,2]$ кг/м²; уровень гликемии натощак $9,5 [8,7; 10,3]$ ммоль/л; постпрандиальная гликемия $11,8 [10,6; 13,0]$ ммоль/л, уровень гликированного гемоглобина $9,3 [8,2; 10,2]$ %, С-пептид исходно $3,26 [2,38; 4,64]$ нг/мл. Всем пациентам был назначен метформин в начальной дозе 1500-1700 мг/сутки. У больных исследовали уровень глюкозы плазмы натощак (ГПН) и постпрандиально (ГПП), уровень гликированного гемоглобина (HbA1c), уровень С-пептида натощак, рассчитывали индекс массы тела исходно, затем через 3 и 6 месяцев после начала лечения. На протяжении всего периода наблюдения при необходимости осуществлялась титрация дозы метформина или назначалась комбинация сахароснижающих средств. Молекулярно-генетический анализ для определения полиморфизма гена KCNJ11 осуществлялся методом ПЦР в режиме реального времени с использованием набора реагентов для определения полиморфизма C>T rs5219 гена KCNJ11 (Синтол, Россия). Статистический анализ проводился при помощи программного пакета Statistica 10,0 (StatSoft, США) с применением непараметрических критериев (критерий Вилкоксона для связанных показателей, критерий Манна-Уитни, точный метод Фишера).

Результаты и обсуждение. В соответствии с результатами генетического обследования были выделены 2 группы пациентов: с «диким» типом гена KCNJ11 (генотип CC) – 30 человек и при наличии полиморфных аллелей в гетеро- или гомозиготном состоянии (генотипы СТ+ТТ) – 47 человек. Частота минорного аллеля Т составила 0,37. Распределение генотипов соответствовало уравнению Харди-Вайнберга. Через 6 месяцев лечения в группе пациентов с полиморфными вариантами генов наблюдалось более выраженная позитивная динамика показателей углеводного метаболизма по сравнению с пациентами с «диким» генотипом: снижение ИМТ составило (в %) $5,0 [3,1; 6,8]$ % и $2,6 [1,4; 4,1]$ % соответственно; Δ ГПН (в % от исходного) $3,2 [3,0; 7,4]$ и

10,3 [6,9; 13,5] соответственно; Δ HbA1c 0,1 [0,1; 0,4] и 1,0 [0,3; 1,3] соответственно и уровень С-пептида через 6 месяцев терапии составил 3,20 [2,50; 4,20] и 3,20 [2,50; 4,20] соответственно ($p < 0,05$). Полученные результаты свидетельствуют о более выраженном улучшении чувствительности периферических тканей к инсулину на фоне терапии метформином у больных с полиморфизмом KCNJ11.

Выводы. Наличие полиморфного аллеля T в гене KCNJ11 ассоциировано с высокой восприимчивостью к терапии метформином у больных с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа. Результаты фармакогенетического тестирования по полиморфному локусу rs5219 могут позволить персонализировать стартовую сахароснижающую терапию, что будет способствовать достижению индивидуальных целевых показателей компенсации углеводного обмена в более короткие сроки.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И НОВЕЙШИЕ ТЕНДЕНЦИИ ТЕРАПИИ

Шулутко Б.И., Макаренко С.В.

Санкт-Петербургский медико-социальный институт,
Санкт-Петербург

Основные постулаты XIX века: полиэтиологичность многих заболеваний, нозология как базовое понятие, ко- и полиморбидность как следствие реализации факторов риска и/или ятрогении. Предлагается принципиально иной подход к пониманию основных критериев сущности заболеваний.

Главной составляющей является положение о моноэтиологичности хронического заболевания в рамках нозологии. Единственной причиной заболевания может рассматриваться генетический полом. Гены, входящие в состав сети, контролируют формирование фенотипических признаков.

Все (!) заболевания ССС имеют схожие механизмы пато (морфо) генеза и общие черты ремоделирования основных структур. Рассматриваются следующие структурные изменения: 1. гиперпластические, гипертрофические, ведущие к значительному утолщению оболочки; 2. инфильтративные – атеросклероз и артериологалиноз. При АГ и атеросклерозе повреждения интимы и медиа артериальных сосудов во многом сходны. Ремоделирование касается всей (!!!) системы кровообращения независимо от патогенетических особенностей по-

ражения сосудов (гипертрофических, дегенеративных или воспалительных).

Принципиально важным положением является общность патофизиологических реакций при заболеваниях сердечно-сосудистой системы: воспаление (инфекционное и неинфекционное) с разной выраженностью иммунных и аутоиммунных реакций; сосудистые нарушения в широком смысле слова с развитием критической или некротической ишемии.

На примере АГ рассмотрим фенотипические варианты. Так, с АГ встречаются все проявления коронарной болезни сердца, дислипидемии (часто атерогенные), ожирение, сахарный диабет 2 типа, хроническая болезнь почек (еще недавно упорно называемая «поражение органа мишени»). Принципиальным является у всех названных заболеваний пато- и морфогенетическая общность, что позволяет предложить универсальный алгоритм понимания патологии.

Итак, предлагается клиническое понятие (наднозологическое) ХБССС (Хроническая болезнь сердечно-сосудистой системы). Как хроническое патологическое состояние оно характеризуется полигенным дефектом с вариативным вовлечением составляющих генной сети в части ее, ответственной за сосудистую регуляцию. Все сказанное выше: вариабельность координированно экспрессирующих генов; эпигенетическая изменчивость; ремоделирование, предшествующее клинической манифестации, характеризует это понятие – ХБССС.

Далее, все (!) заболевания ССС имеют схожие механизмы патогенеза и общие черты ремоделирования основных структур. Клинические различия касаются патогенетических особенностей системного патологического процесса.

В качестве примера поразительной общности могут быть данные об универсальных эффектах стимуляции подтипа-1 ангиотензинового рецептора: рост количества факторов роста, гипертрофия миокарда, вазоконстрикция, новообразование коллагена в сердце, повышение тонуса сосудов почек, увеличенные реабсорбции натрия.

Эффекты дисфункции эндотелия: вазоконстрикция, клеточный рост, пролиферация ГМК, изменение структуры сосудистой стенки, накопление липидов, тромбообразование, инфильтрация стенки сосуда клетками крови.

Наметившаяся в последние годы стратегия органопротекции является универсальной для всей группы сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ)

Выводы. 1. Рассматриваемые многочисленные нозологические формы заболеваний сердечно-сосудистой системы есть проявления единого дегенеративно-воспалительного патологического

процесса с иммунным (аутоиммунным) участием, полигенной природы, который можно обозначить (по примеру нефрологов, объединивших всю нефропатологию единым термином ХБП), ХБССС (Хроническая болезнь сердечно-сосудистой системы). 2. Все возможные вариации клинической манифестации расцениваются как фенотипические варианты. «Излюбленные» варианты ко- и полиморбидности рассматривать как проявления фенотипа. 3. Используемая лекарственная терапия сводится к устранению основных патогенетических механизмов, а общая ее направленность – органопротекция, предупреждение известных осложнений.

ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ХОЛАНГИТА НА ДОЦИРРОТИЧЕСКОЙ СТАДИИ

Шульпекова Н.В., Русяев В.Ю., Шептулин Д.А.,
Шульпекова Ю.О., Широкова Е.Н.,
Жаркова М.С., Ивашкин В.Т.

Первый Московский государственный медицинский
университет имени И.М. Сеченова,
Москва

Цель исследования. Хронические холестатические заболевания печени даже на доцирротической стадии могут проявляться психоневрологическими симптомами (общая слабость, депрессия, тревога и т.д.) и нарушением вегетативной иннервации. Цель данного исследования – проанализировать распространенность психоневрологических проявлений при первичном билиарном холангите (ПБХ) на доцирротической стадии и их связь с характеристиками периферического кровообращения, мышечной силы и концентрацией витамина D в плазме крови.

Материалы и методы. Исследовано 32 пациента с ПБХ на доцирротической стадии в возрасте 40-66 лет, наблюдавшихся в УКБ №2 Сеченовского университета, а также 16 здоровых лиц соответствующего возраста и пола. Психоневрологические симптомы измерялись с помощью Теста связи чисел, Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), Шкалы выраженности астении (FSS), Опросника качества жизни при ПБХ (PBC-40). Также учитывались результаты кистевой динамометрии и пульсоксиметрии: ЧСС и перфузионный индекс до и после физической нагрузки (2-х минутная ходьба). Измерялась концентрация витамина D в плазме крови. Для статистической обработки использовались непараметрические статистические методы, подсчитывалось отношение шансов и коэффициент корреляции Пирсона.

Результаты. В группе пациентов с ПБХ наблюдались отклонения в результатах Теста связи чисел ($\mu=42.6\pm 7.8$ с против $\mu=20.1\pm 5.6$ с, $p<0.05$), HADS (тревога: $OR=3.46\pm 0.45$, депрессия: $OR=1.62\pm 0.36$, $p<0.05$), FSS ($\mu=4.8\pm 1.4$ против $\mu=1.8\pm 0.3$, $p<0.05$). Общий показатель PBC-40 равнялся в среднем 106.5 ± 10.5 . У 28.1% пациентов с ПБХ сила сжатия кисти оказалась снижена ($\mu=-25\pm 3.4\%$) в отсутствие гипотрофии мышц. Уровень витамина D в плазме при ПБХ был снижен ($\mu=20.7\pm 7.4$ против $\mu=32.7\pm 5.4$ нг/мл). После 2-х минутной ходьбы у пациентов с ПБХ наблюдались изменения перфузионного индекса ($\mu=+0.67\pm 0.2$ против $\mu=+0.18\pm 0.03\%$, $p<0.05$) и ЧСС ($\mu=+16.4\pm 6.4$ против $\mu=+8.3\pm 2.3$ уд./мин, $p<0.05$). Выявлено, что у пациентов с ПБХ уровень витамина D коррелирует с отклонениями показателя депрессии по HADS, физического и когнитивного показателя по FSS, показателей слабости и когниции по PBC-40, силой сжатия кисти: $r=0.52$; $r=0.38$; $r=0.35$; $r=0.44$, $r=0.51$; $r=0.50$ соответственно, $p<0.05$).

Выводы. Психоневрологические проявления на доцирротической стадии ПБХ ассоциированы с признаками повышения симпатических влияний или пониженной толерантностью к нагрузке, сниженной мышечной силой и сниженным уровнем витамина D в плазме крови.

АНАЛИЗ РАБОТЫ ОТДЕЛА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И ЭВАКУАЦИИ БОЛЬНЫХ КРУПНОГО СТАЦИОНАРА В МЕГАПОЛИСЕ

Щербак Л.Л.¹, Улюкин И.М.²,
Холмская Т.В.¹, Орлова Е.С.²

¹Клиническая инфекционная больница
имени С.П. Боткина,

²Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Анализ работы госпитализации и эвакуации больных с инфекционными и паразитарными заболеваниями крупного стационара в мегаполисе

Материалы и методы. Отчет о работе инфекционной службы Санкт-Петербурга за 2018-19 гг.

Результаты и обсуждение. Отдел госпитализации и эвакуации больных с инфекционными и паразитарными заболеваниями (включая ВИЧ-инфекцию и туберкулез) Клинической инфекционной больницы им. С.П. Боткина осуществляет круглосуточную экстренную и плановую эвакуацию и госпитализацию детей и взрослых с различными нозологическими формами инфекционных, пара-

зитарных заболеваний, диагностически неясных больных на койки инфекционного и фтизиатрического профиля 22 медицинских организаций Санкт-Петербурга и его пригородов (гг. Пушкин, Павловск, Петродворец, Ломоносов, Зеленогорск) с использованием транспортных средств «Автобазы скорой и неотложной помощи» в зависимости от эпидемической ситуации в городе.

В задачи отдела входит ежедневный прием информацию о движении больных в инфекционных стационарах города, формирование сведения для Комитета по здравоохранению г. Санкт-Петербурга и для администрации больницы, осуществление приема и обработки сведений на поступивших больных в стационар о подтверждении, изменении, отмене диагноза инфекционного заболевания на основании данных в историях болезней и письменных сообщений врачей-инфекционистов и патологоанатомов, передача этих данных в отдел учёта и регистрации инфекционных и паразитарных больных (эпидбюро) ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в г. Санкт-Петербург» в системе автоматизированного учета САУ «Инфекция», круглосуточный прием заявок на госпитализацию инфекционных больных (детей и взрослых, в т.ч. военнослужащих воинских частей, дислоцированных на территории города и курсантов военных училищ) от всех ЛПУ города, составлении сводки о количестве госпитализированных больных с диагнозом ОРВИ, грипп в соответствии с существующими требованиями.

С целью улучшения и интенсификации текущей работы в 2019 г. в работу отдела внедрена модернизированная компьютерная программа АСОВ (компьютерная программа скорой и неотложной помощи), посредством которой в эпидбюро города передано 174 322 пакета информации в территориальные отделы Территориального управления Роспотребнадзора по городу Санкт-Петербург, в районные отделы ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Санкт-Петербурге», в т.ч. 4504 пакета информации об укусах клещами (в 2018 году – 179757 и 4558, соответственно). В 2019 г. было обработано 59525 историй болезни (в 2018 году – 25648 и 31186, соответственно). За отчетный период отделом было принято 86567 заявок на госпитализацию инфекционных больных (в 2018 году – 85872), в том числе заявок на экстренную госпитализацию поступило 84 126 (на детей – 50 043, на взрослых – 34083, в 2018 г. – 83317 заявок, в том числе на детей – 48990 и на взрослых – 34327).

Выводы. Показатели работы отдела соответствуют нормативным документам. Летальных исходов при госпитализации больных инфекционным санитарным транспортом не было. Основной причиной снижения своевременности госпитализации в 2019 году до 95,1% (как и в предыдущие годы) продолжает

оставаться затруднение передвижения сантранспорта в городе из-за дорожных условий, а также неукомплектованность средним медицинским персоналом.

УЗЛОВАТАЯ ЭРТЕМА: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ

Щербаков Г.И.

ООО «Медицинская практика»,
г. Кемерово

Узловатая эритема (*erythema nodosum*) – септальный панникулит, протекающий преимущественно без васкулита, обусловленный неспецифическим иммуновоспалительным процессом, который развивается под влиянием разнообразных факторов (инфекций, медикаментов, ревматологических заболеваний). Заболеваемость узловатой эритемой (УЭ) составляет в разных странах от 1 до 5 случаев на 100000 населения в год. УЭ может возникнуть в любом возрасте, но в большинстве случаев наблюдается у лиц 20-40 лет. Заболевание встречается у женщин в 3-6 раз чаще, чем у мужчин. Несмотря на многочисленные исследования, этиология, патогенез и варианты УЭ изучены недостаточно. Этиологическими агентами УЭ могут быть разнообразные факторы, включающие инфекции, лекарственные препараты, хронические заболевания. Предрасполагающими факторами могут служить: сезонность, переохлаждение организма, застойные явления в нижних конечностях и другие факторы. УЭ является реактивным процессом, часто с вовлечением органов и систем. Предполагают, что в основе развития УЭ лежат реакции гиперчувствительности III типа (иммунокомплексные) с формированием иммунных комплексов и их отложением вокруг венул перегородок соединительной ткани (септ) подкожной жировой ткани и реакции IV (замедленного) типа. Иммунный ответ при вторичной УЭ обусловлен органной патологией, развившейся в рамках основного заболевания. Классифицируют УЭ в зависимости от этиологического фактора, по характеру течения процесса и стадии узла. Клиническая картина УЭ может предшествовать продромальный период продолжительностью 1-3 недель в виде лихорадки, артралгий, повышенной утомляемости. Артралгии/артриты наблюдается в половине случаев с наиболее частым поражением голеностопных, коленных и лучезапястных суставов. Диагноз УЭ обычно устанавливается на основании характерной клинической картины. Клиническими критериями диагноза УЭ являются:

1. Мягкие эритематозные или с наличием симптома «синяка» узлы диаметром 1-5см и четкими границами.

2. Локализация высыпаний преимущественно на переднебоковых поверхностях голени, реже на бедрах и верхних конечностях.

3. Длительность заболевания менее 6 недель.

4. Разрешение узлов без изъязвления или рубцевания. Лекарственная терапия обычно симптоматическая, направленная на достижение ремиссии заболевания, повышение качества жизни больных.

Цель исследования. Проанализировать амбулаторные карты пациентов УЭ и выявить наиболее частый этиологический компонент, способствующий развитию заболевания.

Материалы и методы. Детально были проанализированы 20 амбулаторных карт пациентов УЭ за 2019 год «Медицинской практики» г. Кемерово. В основу анализа было положено изучение этиологического компонента развития УЭ.

Результаты и обсуждение. Зарегистрированных лиц мужского пола УЭ не выявлено. Установлено, что возраст наибольшего числа пациенток УЭ 20-35 лет. На основании результатов обработки амбулаторных карт были выявлены основные причины заболевания. У 48% в анамнезе хламидийная инфекция, у 24% выявлена стрептококковая инфекция (наличие кариозных зубов, стрептококковый фарингит), у 18% герпетическая инфекция, 10% причиной УЭ саркоидоз легких.

Выводы. Несмотря на длительное изучение УЭ, данная нозологическая форма по-прежнему представляет большой интерес как в научном, так и в практическом аспектах для врачей различных специальностей, включая ревматологов.

ОСОБЕННОСТИ АНТИКОАГУЛЯНТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ: ОТ КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ ДО ПРАКТИКИ

Эрлих А.Д.

Городская клиническая больница №29
имени Н.Э. Баумана,
Москва

Предпосылки. Распространенность и опасность тромбоза легочной артерии (ТЭЛА) заставляют постоянно искать пути улучшения качества лечения и исходов. Основа лечения ТЭЛА – антикоагулянтная терапия – за последние годы претерпела несколько важных изменений. При этом, не было вполне ясно, насколько в российских стационарах придерживаются основных принципов лечения ТЭЛА, заложенных в современных клинических руководствах.

Цель. Цель анализа состояла в оценке особенностей антикоагулянтной терапии при ТЭЛА в российских стационарах, а также в определении степени соответствия реальной практики и положений современных клинических руководств.

Материал и методы. Анализ проведен на основании данных, полученных в ходе проведения российского регистра ТЭЛА «СИРЕНА». В это независимое наблюдательное проспективное исследование, проводившееся в 20 стационарах и 15 городов период с апреля 2018 по апрель 2019 года было включено 606 пациентов (средний возраст $63,0 \pm 14,5$ лет, 50,7% женщин). Медиана времени от начала симптомов до подтверждения ТЭЛА составила 4 дня (1-3 квартили 1-8 дней).

Результаты. А время госпитализации любую антикоагулянтную терапию получили 553 (90,8%) пациента, из них парентеральный антикоагулянт был назначен 473 (77,7%) пациентам.

Нефракционированный гепарин (НФГ) за время госпитализации был назначен 45,8% пациентов, причем, введение НФГ в соответствии с требованиями современных клинических руководств, то есть, в виде внутривенного болюса с последующей продленной инфузией, было проведено у 73,7%, получавших НФГ. Повышение уровня активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) до целевого на фоне лечения НФГ было зарегистрировано у 42,7% пациентов. Таким образом, у более чем половины пациентов с ТЭЛА, лечение НФГ проводилось неадекватно и было не в полной мере эффективным.

Низкомолекулярные гепарины (НМГ) получили 56,6% пациентов (88,9% – эноксапарин, 5,5% – надропарин или дальтепарин, и 5,5% – фондапаринукс). Важно, что правильная, то есть, скорректированное по массе тела, доза НМГ была назначена лишь 32,2% пациентов. У остальных НМГ был либо передозирован, либо использовался в неэффективной дозировке.

Оральные антикоагулянты для лечения ТЭЛА были назначены 73,4% пациентам. Из них 20,0% получали антагонист витамина К (варфарин). И тех пациентов, кто получал варфарин, менее, чем у половины (48,4%) а время пребывания в стационаре было достигнуто целевое МНО. Прямые оральные антикоагулянты (ПОАК) были назначены у 59,9% пациентов (33,0% – ривароксабан, 22,2% – дабигатран, 7,7% – апиксабан).

Заключение. Результаты российского регистра ТЭЛА «СИРЕНА» показали, что антикоагулянтное лечение пациентов в стационарах, участвующих в регистре, хотя и проводилось у подавляющего большинства пациентов с ТЭЛА, но во многом было неадекватным и не в полной мере соответствовало положениям современных клинических руководств:

1. метод введения НФГ был правильным чуть более, чем у 2/3 пациентов;

2. эффективность лечения НФГ была ниже необходимой более, чем у половины пациентов, лечившихся НФГ;

3. более, чем у 2/3 пациентов, получавших НМГ, препарат использовался в неправильной дозировке;

4. у более половины пациентов, получавших варфарин, за время госпитализации не было достигнуто целевого МНО.

Можно отметить, что данные регистра показали важное направление в улучшении качества лечения и исходов пациентов с ТЭЛА – улучшение антикоагулянтной терапии, добиваясь максимально тесного следования основным положениям современных клинических руководств.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Эрлих А.Д., Ткаченко К.Г., Атаканова А.Н.

Городская клиническая больница №29
имени Н.Э. Баумана,
Москва

Обоснование. Высокая распространенность сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в России заставляет изучать их особенности у различных категорий населения, в том числе у медицинских работников.

Цель. Оценить значимость совокупности поведенческих факторов риска (ПФР) ССЗ у медицинских работников крупной городской больницы.

Методы. Анализ проводился среди сотрудников городской больницы №29 г. Москвы в возрасте 40 лет и старше без предшествующего ССЗ. В обследуемой группе стандартным способом измерялись артериальное давление (АД), рассчитывался индекс массы тела (ИМТ), бралась кровь натощак для определения уровня глюкозы, липидов, проводилось анкетирование для выявления шкал риска и известных ПФР. Для каждого сотрудника такие факторы здорового образа жизни, как отсутствие курения, отсутствие ожирения (ИМТ < 30 кг/м²), дополнительные физические нагрузки ≥ 3 раз в неделю, употребление фруктов или овощей ≥ 5 раз в неделю, редкое (≤ 1 раз в неделю) употреблению продуктов из приготовленного мяса, редкое употреблению соли оценивались в 1 балл. Наличие ≤ 2 баллов указывало на высокую частоту ПФР, а наличие ≥ 3 – на низкую частоту ПФР.

Результаты. В анализ были включены 300 сотрудников (средний возраст 51,3 \pm 7,8 лет, максимум – 76 лет, 90% женщины, 22% врачи, 47% медсестры). Высокая частота ПФР была выявлена у 127 сотрудников (42%), а низкая – у 173 (58%). Артериальная гипертония (АГ) при осмотре (АД > 140/90 мм рт.ст.) выявлена у 31% сотрудников с низкой и у 54% сотрудников с высокой частотой ПФР (относительный риск [ОР] 0,58; 95% доверительный интервал [95ДИ] 0,44-0,76; p < 0,0001). У сотрудников, не использующих никакую гипотензивную терапию при низкой частоте ПФР АГ при осмотре выявлена в 26% случаев, а при высокой частоте ПФР – в 44% случаев (ОР 0,59; 95ДИ 0,40-0,88; p = 0,01). В изучаемой группе сотрудников независимыми предикторами выявления АГ стали высокий уровень ПФР (отношение шансов [ОШ] 2,77; 95ДИ 1,70-4,51; p < 0,0001) и возраст > 50 лет (ОШ 2,23; 95ДИ 1,37-3,63; p = 0,001).

У сотрудников с низкой и высокой частотой ПФР сниженный уровень ЛПВП ($\leq 1,0$ ммоль/л для мужчин и $\leq 1,2$ ммоль/л для женщин) выявлен в 36% и 56% случаев соответственно (ОР 0,64; 95ДИ 0,50-0,83; p = 0,0005), высокий уровень глюкозы крови ($\geq 5,9$ ммоль/л) выявлен в 16% и 25% случаев соответственно (ОР 0,62; 95ДИ 0,39-0,99; p = 0,042), а у лиц без известного диабета высокий уровень глюкозы крови выявлен в 14% и 23% случаев соответственно (ОР 0,61; 95ДИ 0,37-1,00; p = 0,05), риск по шкале ASCVD $\geq 7,5\%$ был выявлен 13% и 24% случаев соответственно (ОР 0,54; 95ДИ 0,33-0,89; p = 0,014).

Заключение. В группе сотрудников городской больницы 40 лет и старше без ССЗ в прошлом высокий уровень поведенческих факторов риска был тесно связан с большей частотой выявления АГ, в том числе у лиц без предшествующей гипотензивной терапии. Также высокий уровень ПФР был связан с повышенным уровнем глюкозы крови и высоким риском по шкале ASCVD.

СМЕШАННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ: ТРУДНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Юдин В.А.¹, Один В.И.¹,

Инамова О.В.², Жигулина А.И.¹

¹Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,

²Городская клиническая
ревматологическая больница №25,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Продемонстрировать клинический случай смешанного заболевания со-

единительной ткани (СЗСТ) на примере пациента ревматологического стационара.

Материалы и методы. Представлены клинические данные больной Т. 40 лет, находившейся на плановом лечении в Клинической ревматологической больнице №25 (КРБ №25) г. Санкт-Петербурга.

Результаты и обсуждения. Пациентка Т., 40 лет поступила в КРБ №25 в 2018 г. с жалобами на боли в коленных, плечевых, локтевых, лучезапястных суставах, пястно-фаланговых и проксимально-межфаланговых суставах кистей и плюсне-фаланговых суставах стоп, с усилением в ранний утренний период, припухание и ограничение движения в них, длительную утреннюю скованность (до полудня), общую слабость. Из анамнеза жизни известно, что во время беременности 2009 г. верифицирован диагноз антифосфолипидный синдром (АФС) (дважды на сроке до 8 нед. и после 27 нед. беременности закончились выкидышами, в анализах выявлены тромбоцитопения, антифосфолипидные антитела). В 2009 г. беременность закончилась родами (кесарево сечение) на фоне подкожного введения фраксипарина. Тогда же была осмотрена гастроэнтерологом и установлен диагноз лекарственного поражения печени. В 2010 г. – удаление левой молочной железы по поводу РМЖ (С3Н2N0) рак 3 ст. без метастазов. С 2010 по 2018 г. жалоб не предъявляла.

Общее состояние: удовлетворительное, сознание – ясное, положение активное, п/к развита слабо, рост 163, вес 48, ИМТ 18,1, кожные покровы обычные, мелкоточечные высыпания на лице в зоне «бабочки», отеков нет, мышечная система – развита без особенностей, мышечная сила в кистях ослаблена, походка обычная. Суставы: отечность левого запястного, 2-4 пястнофаланговых и пястномежфаланговых суставов кистей, деформация по типу: «шея лебедя». На органы сердечно-сосудистой системы, дыхательной, мочевыделительной, нервной и эндокринной системы жалоб не предъявляла.

По данным анамнеза и результатов исследования был выставлен предварительный диагноз: Ревматоидный артрит, серонегативный, ранняя клиническая стадия, акт по DAS – 28 (5,1) высокая, рентген стадия 3 ст, эрозивный, АЦЦП (+), ФК2. Назначено полное клиническое лабораторное и инструментальное обследование.

Выставлен окончательный диагноз: Смешанное заболевание соединительной ткани (РА+СКВ+ССД) с поражением суставов (эрозивный артрит), кожи (эритема в зоне «бабочки»), сосудов микроциркуляторного русла (ранний склеродермический тип изменений при капилляроскопии ногтевого ложа), почек (протеинурия) центральной и периферической нервной системы (дисциркуляторная энцефалопатия 1-2 ст. ХНМК в ВББ дистальная по-

линейропатии), печени (гепатит), с иммунологическими нарушениями (a/RNP 72,33 Ед/мл; АНФ Нер 2 1/1200), гематологическими нарушениями (панцитопения), и вторичным антифосфолипидным синдромом, впервые выявленное, активность 3 степени. Выписана с рекомендациями приема 40 мг преднизолона с постепенным снижением дозы до поддерживающей, Эндоксан 100 мг 1 р/д. 5 дней в неделю, наблюдения у ревматолога по месту жительства.

Выводы. Описанный случай отражает трудности диагностики СЗСТ. В течение 8-ми лет развивались клинические проявления болезни, и только на последнем этапе она приобрела характеристики СЗСТ. Использование всего арсенала современных инструментальных (капилляроскопия) и лабораторных (иммунологические маркеры) методов диагностики позволило установить диагноз СЗСТ и назначить адекватную терапию.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА РАЗНЫХ СРОКАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Юдин В.А.¹, Один В.И.¹, Инамова О.В.²,
Жигулина А.И.¹, Долбилина С.А.²

¹Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,

²Городская клиническая
ревматологическая больница №25,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучение клинических особенностей и частоты встречаемости инвалидности у пациентов с ревматоидным артритом на разных сроках заболевания.

Материалы и методы. Было обследовано 80 пациентов с диагнозом «ревматоидный артрит» (РА), находившихся на стационарном обследовании и лечении в клинике факультетской терапии им. С.П. Боткина Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова и в городской клинической ревматологической больнице №25 (г. Санкт-Петербург). Все пациенты были разделены на группы в зависимости от продолжительности РА. В первую группу вошли пациенты с длительностью РА от 1 месяца до 1 года (n=19, средний возраст составил 62,3±11,4 лет). Во вторую группу вошли пациенты, с продолжительностью РА от 1 года до 10 лет (n=28, средний возраст составил 61,2±13,5 лет). Третью группу составили больные, которые страдали РА от 10 лет и более (n=33, средний возраст составил 62,1±11,0). Исследована частота встречаемости инвалидности у па-

циентов РА на разных сроках заболевания. Изучены клинические особенности инвалидности пациентов с РА в виде деформационных изменений суставов кисти («плавник моржа», «шея лебедя», «веретенообразные пальцы») и поражений крупных суставов (гонартроз, коксартроз).

Результаты и обсуждения. При исследовании частоты встречаемости инвалидности у пациентов с РА на разных сроках заболевания, было установлено, что в первой группе количество пациентов, имевших группу инвалидности, составило 47,4%, а в третьей группе их число возросло в 1,5 раза (72,7%) ($p < 0,05$).

При исследовании клинических особенностей деформационных изменений суставов кистей рук и поражений крупных суставов нижних конечностей пациентов с РА было установлено, что с увеличением продолжительности РА, прогрессировало количество деформационных нарушений суставов кисти пациентов. Общий процент встречаемости деформаций в первой группе составил 42,1%, во второй группе – 60,7%, и в третьей группе больных составило 78,8% соответственно).

С увеличением продолжительности РА частота деформационных изменений формы суставов по типу «плавник моржа» увеличивалась, так в первой группе она составило 42,1%, а в третьей 60,6% соответственно. Отмечалась тенденция к росту числа деформаций суставов кистей, таких как «шея лебедя» и повреждение рук в форме «веретенообразных пальцев». В первой группе больных РА количество пациентов с деформациями по типу «шея лебедя» и «веретенообразные пальцы» составило 31,6% и 36,8%, против третьей группы 48,5% и 54,5% соответственно. С увеличением продолжительности РА увеличивалось и число повреждений суставов дегенеративного характера. Так в третьей группе больных РА количество пациентов с гонартрозами и коксартрозами достоверно было больше по сравнению с первой группы больных – 21,1% и 5,3% против 45,5% и 30,3% соответственно (при $p < 0,05$). При корреляции показателей деформационных изменений и продолжительности РА, наибольшую корреляционную связь в общей выборке продемонстрировало деформационное изменение по типу «шея лебедя» – $R_s = +0,376$ ($p < 0,05$).

Выводы. 1. В ходе исследования было установлено, что с увеличением продолжительности РА, частота встречаемости инвалидности в группах возрастала и была наибольшей в третьей группе. 2. У обследованных пациентов с увеличением продолжительности РА возрастало число деформационных нарушений суставов кисти и поражений крупных суставов, при этом наиболее тесную корреляционную связь со стажем РА продемонстрировала деформация по типу «шея лебедя».

ВЫЯВЛЕНИЕ СВЯЗИ МЕЖДУ ПОРАЖЕНИЕМ КОЖИ И СВОЕВРЕМЕННОСТЬЮ ДИАГНОСТИКИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Юдкина Н.Н., Волков А.В., Николаева Е.В.
Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель. Оценить особенности клинической картины и выживаемость пациентов с висцеральной формой ССД, ассоциированной с ЛАГ.

Материал и методы. Проведен анализ частоты клинических, лабораторных и инструментальных признаков висцеральной формы ССД у 14 пациентов с ЛАГ в сравнении с 54 больным ССД-ЛАГ с клинически явным поражением кожи и 48 человек с ИЛГ, а также их выживаемость. Обследование пациентов осуществлялось согласно современным рекомендациям.

Результаты. Пациенты с ИЛГ оказались достоверно моложе больных ССД-ЛАГ с висцеральной и кожной формами – 37 (28; 44), 48 (37; 56) и 54 (48; 62) лет соответственно. У пациентов с ССД-ЛАГ с поражением кожи диагноз ЛАГ устанавливался раньше (через 18 (10; 44) мес), чем у больных висцеральной ССД (23 (15; 47) мес) и ИЛГ (35 (17; 78) мес), однако различия недостоверны. Функциональный класс (ФК) был выше в группе висцеральной ССД – 3 (2; 4), чем при ИЛГ – 3 (2; 3) и кожных формах ССД – 3 (2; 3), разница также была недостоверна. Из 54 больных ССД-ЛАГ с вовлечением кожи диффузная форма диагностирована троим. Пациенты с висцеральной и кожными формами ССД не различались по длительности заболевания с начала феномена Рейно (ФР) и с первого не-Рейно симптома. У всех больных ССД-ЛАГ имелся ФР, однако в группе ССД с поражением кожи достоверно чаще выявлялись дигитальные ишемические нарушения (51% в сравнении с 14%, $p = 0,03$). Также чаще отмечались контрактуры суставов (53% в сравнении с 7%, $p = 0,006$). Иных различий в клинической картине не обнаружено. Преобладали антицентромерные антитела (АЦА): у 7 (50%) с висцеральной и у 36 (65%) с ССД с поражением кожи. Антитела (АТ) к топоизомеразе-1 (Scl-70) обнаружены только у 2 пациентов с лимитированной ССД. У большинства больных с ССД выявлялось несколько АТ. У пациентов с висцеральной формой ССД спектр антинуклеарных АТ отличался большим разнообразием: превалировали АЦА (у 7 из 14 обследован-

ных), anti-Sm, anti-La и антитела к нуклеосомам по 1 случаю, у 5 больных обнаружены anti-Ro, у 4х – anti-RNP-70, у 2х – anti-dsDNA, у 3-х – РФ, anti-Scl-70 не определялись. Диагноз ССД установлен на основании критериев ACR–EULAR 2013 года. 100% пациентов с висцеральной формой ССД удовлетворяли критериям ACR-EULAR 2013 года. Выявлены достоверные различия в выживаемости пациентов с ИЛГ и различными вариантами ССД-ЛАГ (Лог-ранк тест $p=0,06$). 5-летняя выживаемость в группе висцеральной ССД была несколько ниже, чем при лимитированной ССД–50,6% и 64,9% соответственно, а у пациентов с ИЛГ оказалась самой высокой и составила 82,5%, различия близки к достоверным.

Выводы. Висцеральная форма ССД-ЛАГ не отличается от ССД-ЛАГ с поражением кожи, за исключением особенностей кожного синдрома и сопутствующих ему проявлений (дигитальные ишемические нарушения и контрактуры). Отсутствие различий в выживаемости двух вариантов ССД-ЛАГ, а также более поздняя диагностика ЛАГ при висцеральной форме и ее схожесть с ИЛГ требуют более пристального внимания ревматологов и врачей других терапевтических специальностей к такому редкому и диагностически сложному феномену ССД.

МИКОГЕННАЯ АЛЛЕРГИЯ. КЛИНИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Юновидова А.А., Соболев А.В., Климко Н.Н.

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Введение. Связь между микотической инфекцией и бронхиальной астмой была известна давно, однако участие грибов как триггерного фактора в течении, прогнозе и исходе бронхиальной астмы (БА) в настоящее время изучено не полностью.

Течение БА может зависеть от множества триггерных факторов. К наиболее распространенным из них относят аллергены клещей домашней пыли, чешуйки кожи домашних животных. Кроме этого одним из существенных триггерных факторов является воздействие на течение БА грибковых агентов. Наиболее типичными возбудителями в этом роде являются некоторые виды *Penicillium*, *Alternaria alternata* и *Cladosporium herbarum*. Несмотря на многообразие и гетерогенность микотических возбудителей, способных поражать легочную ткань, самым частым возбудителем остается представитель плесневой биоты *Aspergillus fumigatus*.

Несколько клинических состояний, связанных с грибковой сенсibilизацией и гиперчувствительным иммунным ответом принято выделять в патологии органов дыхания. К ним относятся аллергический грибковый риносинусит (AFRS) и тяжелая астма с грибковой сенсibilизацией (SAFS). В отличие от AFRS, не имеющего специфических клинических проявлений, тяжелая астма с грибковой сенсibilизацией характеризуется ранним началом заболевания и высоким уровнем сывороточного интерлейкина-33. Кроме этого, течение SAFS характеризуется более частыми эпизодами обострения, а также более высокой частотой случаев неконтролируемой астмы. Пациенты с SAFS используют ингаляторы с глюкокортикостероидами гораздо чаще, чем пациенты с обычными формами БА.

Диагностика микогенной сенсibilизации основана либо на основании результатов кожного теста с антигенами, полученными из клеток или спор грибов, либо путем измерения уровня специфического IgE в периферической крови.

Определение хемокинов в периферической крови, таких как CXCL9 может быть специфическим биомаркером, характеризующим воспаленную реакцию по типу T1, связанную с нейтрофильным воспалением и повышенной гиперреактивностью дыхательных путей.

Лечение SAFS включает в себя стандартный протокол лечения БА, дополненный адьювантной антифунгальной терапией, о чем свидетельствуют значительные улучшения качества жизни примерно у 60% пациентов. Препаратом выбора является итраконазол в суточной дозировке 200 мг в течение нескольких месяцев.

Более детальные исследования также доказали высокую эффективность системной антифунгальной терапии у пациентов с тяжелой астмой и грибковой сенсibilизацией.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 68 пациентов с БА. Все пациенты были разделены на две группы: 1 группу (47 пациентов) составили пациенты с БА и признаками микогенной сенсibilизации, в то время как во 2 группу вошли пациенты только с БА (24 пациента). В первой группе было 35 (74,5%) мужчин и 12 (25,6%) женщин. Во второй – 11 мужчин и 13 женщин, что составило 45,8% и 54,2% соответственно. Средний возраст пациентов первой группы составил 54 года, в то время как во второй группе 61 год.

Всем пациентам проводилось микологическое исследование (микроскопия и посев) мокроты, а также определение уровней интерлейкина-33 и CXCL9 в периферической крови. Сенсibilизацию грибов оценивали при помощи определения сывороточных уровней IgE, специфичных к грибковым аллергенам (виды *Aspergillus*, *Alternaria*, *Candida*, *Cladosporium*, *Penicillium* и *Trichophyton*).

Результаты. 9 пациентов (24%) выявлена сенсibilизация как минимум к одному грибковому аллергену. Наиболее распространенными видами были *Candida* (12%), *Aspergillus* (10%) и *Trichophyton* (9%). Уровни сывороточного интерлейкина-33 и CXCL9 были достоверно выше у пациентов с грибковой сенсibilизацией, чем у пациентов с БА без грибковой сенсibilизации.

Выводы. 1. Грибковая сенсibilизация часто встречается у пациентов с тяжелой астмой. 2. Уровень сывороточного интерлейкина-33 и CXCL9 достоверно выше у пациентов с БА и микогенной сенсibilизацией, чем у больных БА без признаков микотической инфекции. 3. Анализ уровней специфического сывороточного IgE для выявления грибковой сенсibilизации имеет важное значение в выборе терапевтического алгоритма с использованием системной антифунгальной терапии. 4. Наиболее частым возбудителем микогенной сенсibilизации у пациентов с SAFS является *Candida* spp. 5. Уровень сывороточного CXCL9 является предиктором SAFS и может быть использован на этапе ранней диагностики до проведения инвазивной биопсии или бронхоскопии у пациентов с подозрением на SAFS.

ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У МУЖЧИН В ВОЗРАСТЕ ДО 45 ЛЕТ С ПРЕГИПЕРТЕНЗИЕЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С НИЗКИМ И СРЕДНИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Яковлев В.В., Дыдышко В.Т., Барсуков А.В.,
Яковлев В.А., Васильев В.Н.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Не смотря на достигнутые успехи в профилактике и лечении заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС), распространенность начальных, зачастую, доклинических форм артериальной гипертензии (АГ) остается достаточно высоким как в Российской Федерации, так и во всем мире. Поэтому изучение особенностей структурно-функционального состояния сердца у мужчин с начальными формами сердечно-сосудистой патологии является актуальным.

Цель исследования. Изучить изменения размеров и камер сердца у мужчин молодого и среднего

возраста с прегипертензией и АГ с низким и средним риском развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Материалы и методы. Обследовано 436 мужчин в возрасте 30-50 лет (средний возраст 37,9±5,5 лет) без клинически значимой патологии ССС, прошедших скрининговую оценку состояния здоровья в клинике госпитальной терапии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. Все пациенты были разделены на 2 группы на основе Фремингемской шкалы суммарного сердечно-сосудистого риска (ССР): 203 человека с низким риском ССЗ (средний возраст 36,6±5,5 лет) и 233 человека со средним риском ССЗ (средний возраст 39,1±5,3 лет). Эхокардиография выполнялась всем пациентам в положении лежа на спине и/или на левом боку. Расчетные показатели измеряли из стандартных позиций локации во II межреберье по длинной и короткой оси, в V межреберье 4-х камерной, в 5-и камерной и 2-х камерной позиции из эпигастрального доступа.

Результаты и обсуждения. у обследованных мужчин достоверные изменения наблюдались со стороны ЛП и ЗС ЛЖ: у мужчин с низким риском с АГ размеры ЛП были больше, чем у обследованных без АГ (соответственно ЛП 32,02±5,67 и 34,62±5,29 мл/м², ЗС ЛЖ 9,43±0,14 и 9,93±0,12) (P<0,05). При этом также отмечалось увеличение толщины ЗС ЛЖ и МЖП у лиц с низким и средним риском с АГ (соответственно, ЗС ЛЖ 9,90±0,12 и 9,93±0,12 мм; МЖП 9,87±0,10 и 10,12±0,11 мм). При изучении размеров полостей сердца в обеих группах обследованных значимых различий не выявлено (P>0,05). Однако ИММ ЛЖ у мужчин с АГ был достоверно более высоким по сравнению с лицами без АГ. ОТС ЛЖ также был более высоким у лиц со средним риском и АГ (P>0,05).

Выводы. Хотя геометрия ЛЖ во всех группах обследованных оставалась нормальной, у пациентов с увеличением артериального давления и повышения группы риска возникновения заболеваний ССС, отмечалась тенденция к увеличению толщины стенок миокарда ЛЖ и увеличения размеров левого желудочка.

НЕЙРОПАТИЧЕСКАЯ БОЛЬ В РЕАЛЬНОЙ АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Яковлева Е.В.

Белорусский государственный
медицинский университет,
Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Оценить адекватность лечебно-диагностической стратегии ведения паци-

ентов в амбулаторных условиях с наличием нейропатического компонента хронического боли.

Материалы и методы. Проводился анализ медицинской документации (медицинские амбулаторные карты, эпикризы) 73 пациентов с патологией, при которой возможно наличие хронической боли (онкологические заболевания, сахарный диабет, радикулопатии).

Результаты и обсуждение. Нейропатическая боль как правило является хронической, протекает самостоятельно или в сочетании с ноцицептивной болью. Идентификация нейропатического компонента болевого синдрома имеет решающее значение при определении лечебной тактики, поскольку данный вид боли требует специального лечения с учетом индивидуальных особенностей пациента и клинико-фармакологических характеристик лекарственных средств, а также регулярного мониторинга состояния здоровья пациента и возможного риска развития отдаленных нежелательных явлений.

Среди пациентов с онкологической патологией было 14 человек, с сахарным диабетом – 22, с радикулопатиями – 37. В структуре онкопатологии преобладали следующие локализации: рак молочной железы, рак предстательной железы, рак прямой кишки, рак шейки матки. Все пациенты с онкологическими заболеваниями нуждались в оказании им паллиативной медицинской помощи. Наличие хронической боли у пациентов с онкологической патологией было зафиксировано у 100% (14 человек), у пациентов с сахарным диабетом – 18,2% (4 человека), радикулопатиями – 81,1% (30 человек).

Указание на количественную оценку болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале имелось у всех пациентов с онкопатологией (100%), у 25% – с сахарным диабетом и у 30% с радикулопатиями. Диагностика нейропатического компонента хронической боли в большинстве случаев проводилась при опросе пациента без ссылки на опросник DN4.

Фармакотерапия болевого синдрома назначалась во всех случаях наличия хронической боли. У пациентов с онкологическими заболеваниями купирование боли осуществлялось в строгом соответствии с действующим клиническим протоколом – лечение по «ступеням боли», активное применение трансдермальных терапевтических систем и ко-анальгетиков (антиконвульсанты, антидепрессанты, местные анестетики). В случае лечения боли у пациентов с сахарным диабетом, а также радикулопатиями отмечается недостаточное использование специальной терапии нейропатической боли (у 1 из 4 пациентов с диабетической полинейропатией (25%) и у 33% с радикулопатией), в то время как нестероидные противовоспалительные средства были назначены всем пациентам. Нефармакологические

методы лечения боли (физиотерапия, иглорефлексотерапия) применялись эпизодически и только у пациентов с вертеброгенной патологией.

Выводы. Анализ ведения пациентов с нейропатической болью в амбулаторных условиях выявил определенные проблемные области (не всегда проводилась дифференциация между нейропатическим и ноцицептивным компонентом хронического болевого синдрома; в фармакотерапии превалировали нестероидные противовоспалительные средства, недостаточно использовались нефармакологические методы воздействия; отсутствие адекватного мониторинга терапевтических мероприятий), требующие безотлагательных мер для совершенствования формирования лечебно-диагностической стратегии с целью повышения эффективности терапии нейропатического компонента хронической боли.

БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, НАПРАВЛЕННЫХ НА ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ В БЮРО МЕДИКО- СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Ямщикова Т.Ю.¹, Столов С.В.¹, Самсонова Т.И.²,
Грачева Е.В.², Макарова О.В.¹, Углева Е.М.¹

¹Санкт-Петербургский институт
усовершенствования врачей-экспертов,
Санкт-Петербург,

²Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Тюменской области,
г. Тюмень

Безболевая ишемия миокарда (ББИМ) является одним из признаков нарушения функции сердечно-сосудистой системы, рассматриваемых при установлении группы инвалидности. В Приложении к нормативно-правовому акту «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы», утвержденному приказом Минтруда России от 27 августа 2019 г. N 585н, отражена бессимптомная (безболевая) ишемия миокарда (подпункты 9.3.1.1-9.3.1.4). Согласно документу, в данных случаях степень нарушения функции сердечно-сосудистой системы (в процентах от 10 до 100%) зависит от наличия и стадии хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Цель. Уточнить частоту встречаемости ББИМ и ее сочетание с другими формами ИБС у пациентов, направленных на медико-социальную экспертизу (МСЭ).

Материал и методы. Обследовано 102 больных ИБС, направленных на освидетельствование в бюро МСЭ. Диагноз устанавливали на основании жалоб, анамнеза заболевания, данных объективного исследования, результатов ЭКГ и ЭхоКГ, Холтеровского мониторирования ЭКГ в течение 24 часов. Критерием ишемии в соответствии со стандартами считалась депрессия сегмента ST в 1,0 мм и более длительностью не менее 1 мин, минимальный промежуток времени между двумя эпизодами – более 1 мин.

Результаты и обсуждение. У 26 пациентов из 102 выявлена ББИМ (25,5% от всех больных с ИБС). Выделены 2 группы больных: 1 – ББИМ без ХСН и 2 – ББИМ в сочетании с ХСН.

Средний возраст 8 пациентов 1 группы (без проявлений ХСН) составил 57 лет. У всех ББИМ сочеталась со стенокардией напряжения 1, 2 или 3 функционального класса (ФК), у одного – также с пароксизмальной фибрилляцией предсердий. У большей части больных эпизоды ишемии наблюдались несколько раз в сутки, длительностью 8-10 минут каждый, по толерантности к физической нагрузке соответствовали стенокардии напряжения 1, 2, реже 3 ФК. У 6 из 8 больных (75,0%) в предыдущие 1-2 года были выполнены транслюминальная баллонная ангиопластика (ТБКА) со стентированием и/или маммарокоронарное шунтирование (МКШ), аортокоронарное шунтирование (АКШ).

У пациентов 2 группы (18 человек, средний возраст 62 года) ББИМ сочеталась с ХСН II А ст. (в 50,0% случаев), II Б ст. (11,1%) и ХСН I ст. (38,9%). Суммарная длительность ишемии варьировала от 5-10 до 35-270 минут, представляла собой несколько отдельных эпизодов различной длительности; нарушение процессов реполяризации в течение 24 часов расценивалось как проявление хронической коронарной недостаточности. У половины больных (50,0%) регистрировали фибрилляцию предсердий, у большинства (83,3%) ББИМ сочеталась со стенокардией напряжения 3 или 2 ФК. 8 пациентам из 18 (в 44,4% случаев) была выполнена реваскуляризация миокарда (ТБКА и/или МКШ, АКШ).

Проведен сравнительный анализ возникновения ББИМ у пациентов с реваскуляризацией в анамнезе (60 человек) и без таковой (42 человека). В этих группах по 13 больных имели бессимптомную ишемию миокарда, что в процентном отношении составило 21,6% и 30,9% соответственно.

Таким образом, результаты анализа показали, что ББИМ у больных ИБС встречается в 25,5% случаев, как правило, сочетается со стенокардией напряжения 2 или 3 ФК, фибрилляцией предсердий и/или ХСН различных стадий (от I до IIБ). ББИМ наблюдалась несколько реже у больных, перенесших

вмешательства с целью реваскуляризации миокарда (21,6% и 30,9% соответственно).

ДИАРЕЯ, АССОЦИИРОВАННАЯ С CLOSTRIDIUM DIFFICILE, У ПАЦИЕНТОВ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Ярушина Я.Н.¹, Колотова Г.Б.¹,
Руднов В.А.^{1,2}, Багин В.А.¹

¹Городская клиническая больница №40,

²Уральский государственный
медицинский университет,
г. Екатеринбург

Цель. Выявить факторы риска развития диареи, ассоциированной с Clostridium difficile, у пациентов многопрофильного стационара.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 131 истории болезни пациентов разных отделений многопрофильного стационара МАУ «ГКБ №40», у которых на фоне проведения антибактериальной терапии развилась диарея. По результатам данных, полученных при исследовании копрофильтрата на Clostridium difficile (CD), пациенты были разделены на 2 группы: 71 пациент с положительным результатом и 60 пациентов с отрицательным результатом.

Результаты и обсуждение. Значимыми факторами риска развития диареи, ассоциированной с CD-инфекцией, из характеристик преморбидного фона явились возраст пациентов старше 65 лет (ОШ=3,43, 95% ДИ 1,06-11,08, p=0,041), индекс коморбидности Charlson более 2 баллов (ОШ=2,92, 95% ДИ 1,33-6,44, p=0,011). Обращает внимание факт, что диарея, ассоциированная с CD, чаще реализовалась на фоне анемии (ОШ=4,35, 95% ДИ 1,98-9,54, p<0,001).

Не установлено значимого влияния сопутствующей патологии в виде сахарного диабета, болезни сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и желудочно-кишечного тракта, ВИЧ-инфекции, а также пола пациентов на развитие Clostridium difficile-ассоциированной болезни (p>0,05).

Наибольший риск развития CD-инфекции был связан с госпитализацией пациентов в отделения хирургического профиля (ОШ=2,46, 95% ДИ 1,16-5,20, p=0,028) и проведением оперативного вмешательства (ОШ=3,06, 95% ДИ 1,33-7,04, p=0,012). Также повышали вероятность развития диареи, ассоциированной с CD-инфекцией, пребывание в стационаре более 5 суток (ОШ=3,87, 95% ДИ 1,87-8,01, p<0,001) и госпитализация в отделение реанимации и интен-

сивной терапии (ОРИТ) более 1 суток (ОШ=10,59, 95% ДИ 2,35-47,69, $p<0,001$). Наибольший вклад в развитие СД-инфекции вносило проведение хронического диализа у пациентов с хронической почечной недостаточностью (ХПН) (ОШ=8,56, 95% ДИ 1,05-69,69, $p=0,021$) и применение ингибиторов протонной помпы (ИПП) более 7 суток (ОШ=7,76, 95% ДИ 1,69-35,53 $p=0,003$).

Риск развития СД-ассоциированной болезни значительно увеличивался при проведении антибактериальной терапии (АБТ) более 5 суток (ОШ=4,10, 95% ДИ 1,93-8,68, $p<0,001$) и при необходимости проведения более чем 1 курса АБТ (ОШ=3,66, 95% ДИ 1,64-8,17, $p=0,002$). Отмечалась тенденция к росту частоты развития диареи, ассоциированной с СД-инфекцией, при использовании цефалоспоринов 3 поколения (ОШ=2,64, 95% ДИ 1,17-5,99, $p=0,029$), среди которых лидирующее место занимал цефтриаксон (ОШ=3,21, 95% ДИ 1,51-6,82, $p=0,004$).

Выводы. наиболее значимыми фоновыми факторами риска для развития диареи, ассоциированной с СД-инфекцией, являются: возраст старше 65 лет, наличие нескольких сопутствующих заболеваний (индекс Charlson более 2 баллов), ХПН, требующая проведения гемодиализа, и анемия. Категорию повышенного риска представляют пациенты, госпитализированные в ОРИТ, отделения хирургического профиля, особенно подвергнутые оперативному лечению. Частота Clostridium difficile-ассоциированной болезни нарастает при применении ИПП более 7 суток, при проведении АБТ, превышающей 5 суток, или использование более чем одного курса терапии. Наибольшее негативное влияние оказывают применение цефалоспоринов 3-й генерации – цефтриаксона.

Захарова В.В.	108	Катюхин В.Н.	124	Красноруцкая О.Н.	101, 112,
Захарова О.В.	163, 164	Катюхин Л.Н.	124, 176		142, 143,
Захаров Ю.В.	300	Кацура К.С.	125		146, 147
Зверева О.Н.	109, 110	Кашенок Е.А.	76	Крашенинина М.П.	282
Зияева Ф.К.	85	Кварацхелия А.Г.	11, 117	Крашенинников А.Е.	178
Золотарёв А.Д.	110	Квицидзе Т.З.	215	Криволап Н.В.	148
Золотарева М.А.	52	Кдырбаева Ф.Р.	126, 127	Кривошеева К.С.	67
Золотова Е.А.	55	Киличев И.А.	178, 294	Крипак О.Н.	252
Зотова И.С.	8	Кириллова А.Д.	29	Кудинова А.Н.	149
Зотова Л.А.	43	Кириллова Э.Р.	59	Кудлач А.И.	150, 151
Зубова Е.А.	111, 182	Кирьянова В.В.	177	Кудрявцева А.В.	16, 17,
Зуйкова А.А.	96, 100, 101,	Киселева Д.П.	172		73, 152
	102, 112, 142,	Киселева Н.А.	127	Кудрявцев Д.В.	97
	143, 146, 147	Кислюк Г.И.	128	Кудряшова М.Н.	82
Зюзина С.Л.	64	Киспаева Т.Т.	270	Кузнецова В.А.	225
И					
Ибрагимова Н.У.	265	Клименко А.О.	128	Кукушкина К.С.	138
Ибрагимов А.Ю.	282, 283	Климко Н.Н.	320	Кулагина Т.И.	140
Иванова К.А.	58	Климонтов В.В.	57	Кулаева Н.Н.	133
Иванова Ю.И.	304	Клочева Е.Г.	20	Кулемзина Т.В.	153
Ивашина Е.Н.	113	Ключарева С.В.	129, 130,	Куликова Л.Е.	153
Ивашкин В.Т.	314		286, 292	Куневич Е.О.	154
Ивлева Е.Л.	153	Ковалевский В.А.	130	Курасов Е.С.	155, 156
Изиляева Е.А.	114	Коваленко П.С.	131, 132	Курбанова Э.К.	237
Икрамова Ф.С.	199	Коваленко Р.В.	139	Курганская И.Г.	129
Имамалиев Б.А.	115	Ковальчук М.С.	129, 130	Курманова А.Т.	298, 299
Инамова О.В.	291, 317, 318	Колмакова Е.В.	133	Курочкин И.Н.	227
Ираклионова Н.С.	114	Коломиец В.В.	170	Куршаков А.А.	235
Исламова Д.Н.	5, 13	Колотова Г.Б.	323	Кучерявый В.И.	139
Исмагилов А.И.	115, 187	Колхидова З.А.	87	Кущерекина Я.Ю.	110
Израелян И.Р.	35	Колубаева С.Н.	110	Кушнарева И.Г.	157
Исупова Е.А.	254	Колядко М.Г.	250		
Исхаков Ш.А.	5, 13	Комаров В.Т.	134	Л	
Ишинова В.А.	116, 165	Кондрючая Н.С.	300	Лаптева Е.С.	226
Ищенко А.В.	278	Кондуфор О.В.	134	Ларина И.М.	66
К					
Калимбетова А.	262	Конева О.А.	61, 83, 84, 135,	Ларюшина Е.М.	3, 4
Каменский Д.А.	215		136, 202, 203	Лахтин В.М.	157, 158, 159,
Капралова Ю.А.	187	Конищенко Е.А.	128		160, 161
Каптюх Д.С.	117	Конюх Е.А.	137	Лахтин М.В.	157, 158, 159,
Карабахян М.М.	254	Корнеева Л.С.	138, 181		160, 161
Карандеева А.М.	11, 117	Корнишева В.Г.	138	Лебедева Е.С.	67
Каратаева О.В.	118, 209	Королев М.А.	204	Левина Е.М.	33
Каргина А.М.	70	Корольчук И.С.	139	Левковец И.Л.	161, 254
Каримова Д.К.	5, 13	Коротаева Т.В.	26	Лекарева И.В.	162
Кароль Е.В.	119, 120	Короткая В.В.	32	Леонова И.А.	38, 163,
Карпин В.А.	120, 121	Корякова Н.В.	140		164, 165
Карпович О.А.	117, 122	Костик М.М.	254	Летин А.В.	225
Карповская Е.Б.	48	Косякова Г.П.	141	Летягина Е.А.	204
Карпов С.М.	243	Кот Д.А.	151	Лизина А.Н.	287
Карташев В.А.	123	Котова Ю.А.	101, 112, 142,	Лиля А.М.	65, 67, 68, 261
			143, 146, 147	Липатова Л.В.	167
		Котрова А.Д.	144	Литвяков А.М.	185, 207, 243,
		Коцюбинская Ю.В.	144		244, 253
		Кошеева Т.А.	145, 168	Лихачева Т.С.	254
		Кравченко А.Я.	57, 271, 272	Локшина Т.Р.	47
		Красавцев Е.Л.	236	Лопатин З.В.	48
		Красильникова Л.А.	217, 218	Лосева К.А.	59
		Красненко С.О.	230		
		Красножон С.В.	153		

Лукина Г.В.	16, 17, 152, 188	Медведев А.Э.	278	Николаев К.Ю.	25
Луковкина Д.О.	165	Мезит Е.В.	57	Никулина Н.Н.	302
М					
Мавлянова З.Н.	187	Мельников Е.С.	277	Нифонтов Е.М.	278
Мавлянова Ш.З.	115, 166, 167, 187	Мельниченко Н.Е.	138, 181	Новикова Т.П.	198
Мавлянов П.Н.	167	Меньшикова А.Г.	87	Новосад Е.А.	78
Маджидова Ё.Н.	167	Метельский С.М.	154	Носанова М.Н.	134
Мазуренко М.С.	168	Мещанинов В.Н.	192	Носков С.М.	77
Мазуренко С.О.	76, 145, 168, 169, 249	Минушкина Л.О.	81, 111, 182, 227	Носович Д.В.	149
Мазуров В.И.	79, 275, 276, 277, 291	Мирахмедова Х.Х.	189, 235	Нурова Г.У.	199, 200
Майлян Д.Э.	170	Мирзаева Л.М.	183	О	
Майлян Э.А.	170	Миронова Е.Д.	206	Обидов С.З.	115
Макаренко С.В.	313	Митусева Э.И.	235	Овсянникова О.Б.	61, 83, 84, 135, 136, 202, 203
Макарова О.В.	322	Михеева Н.А.	184	Овсянников Е.С.	8, 37, 70, 71, 91, 153, 171, 201, 213, 232, 246, 256, 266, 281, 286, 288, 305
Макаров М.А.	303	Мичурина С.В.	55	Один В.И.	317, 318
Макова О.Н.	171	Мозговая Е.Э.	30, 256	Одинцова А.Х.	59
Маковеева О.В.	172	Молчанова Н.Е.	43	Олексюк И.Б.	184
Максименко А.А.	33	Морозова Е.П.	118, 209	Олисова О.Ю.	203
Максимова И.Д.	173, 248	Мороз О.К.	185, 244	Омельченко В.О.	204
Максимов Р.С.	172, 173	Москалева А.С.	172	Орешко Л.С.	29, 311
Максонова В.С.	174	Мошкина А.Ю.	186	Орлова Е.С.	314
Малафеева Э.В.	77	Муллаханов Ж.Б.	187	Орлов М.М.	205
Малахов Н.С.	284	Мунасипова А.Д.	187	Осадчук М.А.	206
Малошицкая О.А.	227	Муравьева Н.В.	26, 188	Останкова Ю.В.	46, 241
Мальшиева Е.Б.	175	Муравьев Ю.В.	73	Остапчук Е.С.	192, 206
Мальшиева И.Е.	267	Мухаммадиева С.М.	189, 234, 235	П	
Мальшиев М.Е.	221	Мухамметгулыева О.С.	189, 190	Павленко Л.С.	71
Маль Г.С.	175	Мызников Л.В.	141	Павловская В.Н.	208
Мальков В.А.	279	Мякоткина Г.В.	191	Пальгуйева А.Ю.	207
Малюгина Н.Н.	54	Мякотных В.С.	192	Панина А.А.	208
Мамедова Ф.И.	9	Мясоедова С.Е.	14	Панова Е.И.	118, 209
Мамус М.А.	30	Мячина Е.Н.	28	Папичев Е.В.	215, 242
Манахова Д.В.	301	Н			
Мандрощенко А.А.	70	Набиева Д.А.	189, 193, 194	Папков В.Е.	153
Мансуров Д.Ш.	89	Наваховская Л.Ю.	116	Партави М.З.	223
Маркова Г.А.	303	Наврузова Д.А.	13	Парцерняк А.С.	155, 156
Маркушина А.П.	248	Нагибович О.А.	194, 309	Пасечник С.П.	236
Марусенко И.М.	140	Назарова К.Х.	5	Пастушкова Л.Х.	66
Марченкова Л.А.	49, 50, 51	Налесник Е.О.	195	Пасюк А.В.	104
Марченкова М.И.	177	Насонова Н.А.	117	Паторская О.А.	210
Марченко В.Н.	124, 176	Насонов Е.Л.	12, 67, 68, 131, 132	Пашаев Р.З.	284
Масалова В.В.	254	Нелидова Н.В.	196, 197	Пегашова М.А.	181, 211
Матвеев А.В.	178	Немсадзе И.Г.	170	Пелех Д.М.	212
Матвеева В.А.	119	Нестерин К.В.	172	Перцев А.В.	91, 125, 201, 213, 286, 305
Матвеева М.Р.	80	Нечаева О.С.	129, 292	Перцева М.В.	213
Матезиус И.Ю.	97, 98, 312	Никитина В.В.	198	Петелина Е.В.	205
Матёкубов М.О.	178	Никитина Т.Г.	88, 212	Петрова А.И.	214
Матчанов С.Х.	179	Никитинская О.А.	87		
Махсудов М.Р.	167	Никифоров В.С.	290		
Мацкевич С.А.	180	Никишина А.Ю.	134		
Машкова А.Е.	137	Никишин А.В.	134		
Медведева Т.В.	181, 211	Николаева Е.В.	319		
		Николаева Ю.В.	35		

Петрова В.Б.	163, 214
Петрова М.С.	291
Петросян К.В.	88
Петручя А.В.	18
Пирятинская В.А.	292
Подряднова М.В.	230
Полвонов Р.О.	300
Полещук Н.Н.	18
Польская И.И.	140
Полякова Г.Ф.	78
Поляков А.С.	44, 45, 110, 123, 279
Полякова Ю.В.	215, 242
Помогаева Н.С.	215
Пономарева Е.В.	216
Пономарев И.В.	130
Попкова Т.В.	67, 68
Попова М.В.	282
Попова Н.В.	119
Порошина Е.Г.	217, 218
Посметьева О.С.	101
Поспелова Т.И.	57
Потапенко В.Г.	218
Почдор-Оглы С.Л.	33
Пошехонова Ю.В.	219
Пулатова Ш.Б.	220
Пулатова Ш.Х.	21, 22, 221

Р

Разикова Г.Р.	166
Раимкулова Н.Р.	5, 13
Раймуев К.В.	221
Рассохин В.В.	222
Раупов Р.К.	254
Рахимов С.С.	193
Рахматов А.Т.	283
Реброва О.А.	35
Реброва С.А.	223
Резакова М.В.	258
Резниченко Н.А.	224
Репина Е.А.	225
Репин А.Н.	195
Решетова Т.В.	226
Рзаев Д.А.	164
Ризаева М.Ж.	227
Рогожина А.А.	227
Родионова А.Ю.	228
Родионова О.А.	229
Романчук Л.Н.	229
Ростом Л.Ж.	169
Рубаник Л.В.	18
Руднов В.А.	323
Рудобаба Е.Л.	208
Румянцева Д.Г.	230, 231
Русанова О.А.	96, 231
Русяев В.Ю.	314

С

Савельев Д.С.	176
Савицкая О.Е.	32
Савушкина И.А.	232, 288
Сагатова Д.Р.	193, 233
Сайганов С.А.	78
Саидрасулова Г.Б.	189, 234, 235
Сайфутдинова Т.В.	235
Сайфутдинов Р.Г.	235
Сайфутдинов Р.Р.	235
Самигуллина Р.Р.	79, 277
Самокиш В.А.	69
Самсонова Н.Н.	88
Самсонова Т.И.	322
Самцов А.В.	104, 107
Сарайкина Д.А.	144
Сатыбалдыев А.М.	261
Сафарова К.Н.	56
Свентицкая А.Л.	236
Свинцицкая И.С.	7, 274
Свистун О.В.	237
Селезнев С.В.	43
Селиверстов П.В.	25, 307
Селютина О.В.	238
Семенов А.В.	46, 241
Семенова Е.А.	29, 311
Семченко Т.И.	71
Сербин А.Н.	238
Сергеева В.В.	93
Сергеева Г.Р.	223
Сергеев В.А.	235
Сердюков Д.Ю.	68
Сердюков С.В.	53
Серебровская О.Л.	240
Серикова Е.Н.	241
Сивкова А.В.	201
Сивордова Л.Е.	215, 242
Симхес Ю.В.	243
Синявская Е.А.	43
Сиротко В.В.	243, 244
Сиротко О.В.	185, 243, 244
Скабей А.И.	113
Сказываева Е.В.	26
Скалинская М.И.	26
Скосырева О.В.	248
Слободских Е.О.	292
Слюсарев А.С.	246
Смирнов А.В.	12, 131, 132, 152
Смирнова М.П.	247
Смирнова Н.Д.	248
Снегирева Л.С.	254
Собиров М.А.	248
Соболев А.В.	320
Соболева М.Ю.	117
Соин П.В.	145, 168, 249
Соколов Д.А.	11

Соколов С.А.	227
Соловей С.П.	250
Соловьева М.В.	252
Соловьев М.В.	251, 252
Солодовникова С.В.	253
Соломонов Д.В.	161, 254
Сорокина Л.С.	254
Сорокин Н.В.	251, 252
Сотников А.В.	149
Сотскова В.А.	255
Соцкая Я.А.	134, 191, 306
Спешилов Г.И.	81, 227
Спицина С.С.	30, 256
Старкова А.С.	230
Старовойтова М.Н.	61, 83, 84, 135, 136, 202, 203
Старосельский К.Г.	145, 168
Старчкова Т.Е.	256
Степочкина А.М.	145, 168
Столлов С.В.	322
Страхова Н.В.	96, 142, 143, 147
Стребкова Е.А.	257
Субботина О.А.	258
Субботина Т.Ф.	10
Сулейманова Н.Д.	189, 190
Сулейменова Р.А.	103
Султанова М.Х.	259
Суслова Е.В.	52
Сучкова Е.И.	19
Сушилова А.Г.	260
Сыгырта В.С.	73, 261

Т

Тайжанова Д.	262
Тамбовцева О.А.	256
Тарасова Г.М.	188
Тарасова Д.Д.	263
Тарасова Л.В.	263
Тарасов В.А.	47
Таскина Е.А.	303
Ташмухамедова М.К.	265
Ташпулатова М.М.	194
Тегза Ю.В.	62
Тенчурина В.И.	81
Тертышная Н.М.	18
Тешаева М.К.	27
Тимофеева Э.А.	197
Тиунова К.В.	99
Тихомирова А.Д.	292
Тихомирова Е.А.	30
Тихомиров Е.Г.	266
Тихонович Э.Л.	267
Тишкина М.Д.	34, 268
Ткаченко А.Н.	88, 89

Ткаченко И.В.	269	Фомина Е.С.	290	Ш	
Ткаченко К.Г.	317	Фонтуренко А.Ю.	291	Шамрей В.К.	155, 156
Тойынбекова Р.Ж.	270	Формозова М.А.	26	Шаповалова А.Б.	305
Токарева М.С.	82	Фролова И.В.	134	Шаповалова М.М.	91, 201, 213, 286, 305
Токмачев Е.В.	271, 272	Фролов Д.С.	291	Шаповалова О.В.	171
Токмачев Р.Е.	271, 272			Шатиль М.А.	169
Толеуова А.	262	Х		Шатохина Е.А.	284
Толстых Е.М.	52	Хаббус А.Г.	292	Шатохина Я.П.	306
Тополянская С.В.	273	Хайдаров В.М.	88, 89	Шахбазян А.В.	38
Топорков М.М.	7, 274	Хайруллин А.Т.	20	Шаяхметова Р.У.	61, 83, 84, 202, 203
Торопцова Н.В.	86, 87	Хайрутдинов В.Р.	104, 107	Швырев А.П.	74
Трофименко А.С.	30, 256	Хандрикова Я.Н.	119	Шебзухова Д.М.	86
Трофимов Е.А.	275, 276, 277	Харитонов М.А.	47	Шебуняева Я.Ю.	57
Трусов И.С.	278	Хачикян Н.С.	246	Шевелева М.А.	53
Трухина Е.С.	120	Хиль Е.Г.	293	Шевцова В.И.	101
Трухин Г.Д.	279	Хичина Н.С.	134	Шейко А.Д.	260
Тряпицын А.В.	279	Хмелевская А.А.	293	Шемеровский К.А.	307
Тупицын В.В.	69	Ходжаева М.	27	Шептулин Д.А.	314
Тургунова Л.Г.	3	Ходжанова Т.Р.	293, 294	Шибзухова Л.А.	3, 42
Тухтаев Д.А.	22, 227	Ходжанова Ш.И.	295	Шибзухов Т.А.	3
Тыренко В.В.	7, 274	Холмская Т.В.	314	Шилова Л.Н.	256, 263
		Хорликова О.А.	151	Шилов В.В.	79, 308
У		Хорошилов И.Е.	296	Шипилова Д.А.	194, 309
Убайдуллаева З.А.	115	Хорошунова М.Е.	281	Широкова Е.Н.	314
Углева Е.М.	322	Хорькова О.В.	297	Шишкин А.Н.	49, 130, 144, 309
Удодов Ф.Ю.	281	Хохлова Ю.А.	298, 299	Шишко В.В.	117
Узюков Ж.К.	5, 13	Хрыпов С.В.	254	Шолкова М.В.	310
Уколова Л.А.	282	Худайберганов Н.Ю.	300	Шомин А.В.	29, 311
Улюкин И.М.	314	Худайназаров А.А.	259	Шорохова П.Б.	312
Умнов И.Н.	98	Хужаев Р.Б.	23	Шостак М.С.	277
Уповалова Г.К.	41			Шпигун Н.В.	253
Урумова М.М.	230	Ц		Шубина О.С.	282
Усманова Д.Д.	167	Цапкова В.А.	300	Шукуров И.Б.	167
Уткин И.В.	14	Царахова Н.М.	120	Шулутко Б.И.	313
Ушакова М.И.	201	Цыганкова О.В.	25	Шульга Е.В.	117
		Цымбалова Е.О.	246	Шульдьяков А.А.	255
Ф		Цыпленкова Н.С.	209	Шульпекова Н.В.	314
Фазылов А.В.	282, 283			Шульпекова Ю.О.	314
Файзуллаева Н.С.	115	Ч		Шумак Т.И.	116
Федорец В.Н.	284	Часовских Е.В.	293	Шумков В.А.	214
Федорова А.С.	68	Чепель А.И.	62	Шупик М.А.	227
Федорович С.Е.	285	Черкасова М.В.	61, 188	Шушкова И.Г.	208
Федотова М.В.	286	Черников А.Ю.	301		
Федулина Е.А.	35	Чернышева М.Б.	302	Щ	
Феклистов А.Ю.	86	Чернышев О.Б.	169	Щербак Л.Л.	314
Феськова А.А.	91, 201, 213, 286, 287, 305	Четина Е.В.	303	Щербаков Г.И.	315
Филатова Е.С.	288	Чижова О.Ю.	260	Щукина Т.В.	173
Филатова М.А.	134	Чижов П.А.	181, 211, 247, 304		
Филатова О.Н.	232, 288	Чикова И.А.	254		
Филипович Е.К.	113, 151	Чурилов А.В.	170		
Филипченко Е.М.	289				
Фиясь О.Е.	120				

Э	Ю	Я
Эйхельберг Н.В. 26	Юдин В.А. 317, 318	Яковлева Е.В. 91, 321
Эльмурзаева А.А. 263	Юдкина Н.Н. 319	Яковлева Е.Е. 141
Эрдес Ш. 230, 231	Юновидова А.А. 320	Яковлев В.А. 321
Эркинов Н.Н. 200	Юнусова З.С. 187	Яковлев В.В. 321
Эрлих А.Д. 316, 317	Юров А.Ю. 307	Ямщикова Т.Ю. 322
	Юсупова Д.А. 289	Яранцева Н.Д. 172
		Ярушина Я.Н. 323
		Яцкив Я.В. 155, 156

СОДЕРЖАНИЕ

<p>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОКСИТЕРАПИИ ПРИ АУТОИММУННЫХ ТИРЕОПАТИЯХ Абазова З.Х., Борукаева И.Х., Шибзухова Л.А., Шибзухов Т.А., Борукаева Л.А. 3</p>	<p>СОСТОЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЛИЦ МУЖСКОГО ПОЛА (НА ПРИМЕРЕ Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ) Аганов Д.С., Топорков М.М., Тыренко В.В., Свинцицкая И.С. 7</p>
<p>УРОВЕНЬ ЛЕПТИНА И ЛЕПТИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА Абдрахманова М.Т., Алина А.Р., Амирханова Д.Т., Ларюшина Е.М., Тургунова Л.Г. 3</p>	<p>ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ Адильханова В.О., Зотова И.С., Овсянников Е.С. 8</p>
<p>ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА И КОНЦЕНТРАЦИИ ЛЕПТИНА В КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА Абдрахманова М.Т., Алина А.Р., Ларюшина Е.М. 4</p>	<p>КОНЦЕНТРАЦИЯ МАРКЕРОВ АПОПТОЗА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ Азизова Г.И., Алекперзаде Ш.И., Дадашова А.Р., Мамедова Ф.И. 9</p>
<p>КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ИНГИБИТОРОВ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ-α ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ Абдуазизова Н.Х., Назарова К.Х., Арипова Н.А. 5</p>	<p>НАРУШЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА ГЛУТАМИОНА, КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ДЕФИЦИТА ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ Александрова Л.А., Субботина Т.Ф., Жлоба А.А. 10</p>
<p>ВЛИЯНИЕ СТАТИНОТЕРАПИИ И ФИТОПРЕПАРАТА НА ТЕЧЕНИЕ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Раимкулова Н.Р., Узоков Ж.К., Исхаков Ш.А., Азизов Ш.И., Каримова Д.К., Исламова Д.Н. 5</p>	<p>КОРРЕЛЯЦИЯ УРОВНЯ АСЛО В КРОВИ С ИНТЕНСИВНОСТЬЮ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ЛЮМБАГО Алексеева Н.Т., Соколов Д.А., Карандеева А.М., Кварацхелия А.Г., Анохина Ж.А. 11</p>
<p>ПОКАЗАТЕЛИ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА И ПАРАМЕТРЫ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТЬЮ К ГЛЮКОЗЕ НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ Абрамашвили И.Н., Антонова А.П., Денисенко А.О. 6</p>	<p>ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СУСТАВОВ КИСТЕЙ И СТОП В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА Алексеева О.Г., Смирнов А.В., Глухова С.И., Волков А.В., Насонов Е.Л. 12</p>
<p>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАСЛЕДСТВЕННОГО АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА У РЕБЕНКА Абызбаева А.С., Байкосова Г.К. 7</p>	<p>ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ КРИТЕРИИ ДИУРЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Алиев Ж.С., Наврузова Д.А. 13</p>

<p>НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЦА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Раимкулова Н.Р., Узоков Ж.К., Исаков Ш.А., Азизов Ш.И., Каримова Д.К., Исламова Д.Н. 13</p>	<p>ХРОНИЧЕСКИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ В СТРУКТУРЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Асфандиярова Н.С., Дашкевич О.В., Сучкова Е.И., Дорошина Н.В. 19</p>
<p>СИНДРОМ ХРУПКОСТИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ: АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА Амири Е.И., Мясоедова С.Е., Уткин И.В. 14</p>	<p>ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНОВ ТРОМБОФИЛИИ ПРИ СИНДРОМЕ ОБРАТИМОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ВАЗОКОНСТРИКЦИИ Афанасьева М.Ю., Клочева Е.Г., Голдобин В.В., Белова К.В. 20</p>
<p>ИЗУЧИТЬ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Арипова Н.А., Алиева К.К., Ганиева Н.А. 15</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ КОМОРБИДНОСТИ ПРИ ОСТРОМ РАССЕЯННОМ ЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТЕ Ахмадеева Л.Р., Хайруллин А.Т., Байков Д.Э. 20</p>
<p>ПРЕДИКТОРЫ ВЫЖИВАЕМОСТИ ТЕРАПИИ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Аронова Е.С., Лукина Г.В., Глухова С.И., Гриднева Г.И., Кудрявцева А.В. 16</p>	<p>ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА И ПАРАМЕТРОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Ахмедов Л.А., Пулатова Ш.Х. 21</p>
<p>ПРИЧИНЫ ОТМЕНЫ И ВЫЖИВАЕМОСТЬ ТЕРАПИИ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Аронова Е.С., Лукина Г.В., Глухова С.И., Гриднева Г.И., Кудрявцева А.В. 16</p>	<p>ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ Ахмедов Л.А., Пулатова Ш.Х., Тухтаев Д.А. 22</p>
<p>БЕЗОПАСНОСТЬ ИНФЛИКСИМАБА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Аронова Е.С., Лукина Г.В., Гриднева Г.И., Кудрявцева А.В. 17</p>	<p>ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ Ахмедова Н.А., Алиева К.К., Абдурахмонов А.А. 22</p>
<p>СРАВНЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ИНСУЛЬТ Арцимович В.В., Тертышная Н.М., Голдобин В.В. 18</p>	<p>ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ СПОНДИЛОАРТРИТА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Ахмедова Н.А., Джураева Э.Р., Алиева К.К. 23</p>
<p>СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МЕРЦАТЕЛЬНОГО ЭПИТЕЛИЯ НОСОВОЙ ПОЛОСТИ И ТРАХЕИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Асташонок А.Н., Петрученя А.В., Полещук Н.Н., Рубаник Л.В. 18</p>	<p>ОСОБЕННОСТИ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ СОЧЕТАНИИ ОСТЕОАРТРОЗА И ОСТЕОПОРОЗА Ахмедова Н.А., Хужаев Р.Б., Алиева К.К. 23</p>
	<p>ГРАНУЛЕМАТОЗ С ПОЛИАНГИИТОМ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ Базаева Е.В. 24</p>

<p>НОВЫЙ ПОЛУКОЛИЧЕСТВЕННЫЙ ЭКСПРЕСС-ТЕСТА НА ПРОКАЛЬЦИТОНИН В ДИАГНОСТИКЕ ОБШИРНОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ Байрамова С.С., Цыганкова О.В., Николаев К.Ю. 25</p>	<p>СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН ПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА Бейлина Н.И. 31</p>
<p>ПРОЕКТ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ СКРИНИНГА ЗДОРОВЬЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ Бакаева С.Р., Селиверстов П.В. 25</p>	<p>СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА ИХ РАЗВИТИЯ У ПОЖИЛЫХ И ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ Бейлина Н.И. 31</p>
<p>ЧАСТОТА И СТРУКТУРА КОМОРБИДНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ) Баранова М.М., Муравьева Н.В., Белов Б.С., Коротаева Т.В. 26</p>	<p>ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ Бердовская А.Н., Короткая В.В., Савицкая О.Е. 32</p>
<p>ЗНАЧЕНИЕ ФЕКАЛЬНОГО КАЛЬПРОТЕКТИНА В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА Барган В.К., Сказываева Е.В., Скалинская М.И., Эйхельберг Н.В., Формозова М.А. 26</p>	<p>ВЛИЯНИЕ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ В ТЕРАПИИ НА ФУНКЦИЮ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ Берулава К.Р., Герасимов Г.А., Максименко А.А., Поцхор-Оглы С.Л., Левина Е.М. 33</p>
<p>ОСОБЕННОСТИ ВОЗРАСТНЫЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ЛИЦ МУЖСКОГО И ЖЕНСКОГО ПОЛА Барноева С.Б., Тешаева М.К., Ходжаева М. 27</p>	<p>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: КРИПТОКОККОВЫЙ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТ У ПАЦИЕНТА С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ Бизяева Д.М., Тишкина М.Д. 34</p>
<p>ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСОНОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Барышева О.Ю., Быстровская Е.В., Голубева А.М., Мячина Е.Н., Егорова К.Е. 28</p>	<p>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОДАГРЫ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН Бикбаева Л.И., Громова М.А., Израелян И.Р., Николаева Ю.В., Федулина Е.А. 35</p>
<p>АНАЛИЗ ДАННЫХ РЕГИСТРА БОЛЬНЫХ ЦЕЛИАКИЕЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ ЗА ПЕРИОД 2018-2019 ГГ. Басюл О.В., Шомин А.В., Кириллова А.Д., Орешко Л.С., Семенова Е.А. 29</p>	<p>ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ СЕРОНЕГАТИВНЫМИ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ Благина И.И., Блудова Н.Г., Реброва О.А., Бахтояров П.Д., Болдырь А.В. 35</p>
<p>АКТИВНОСТЬ ЭНЗИМОВ ПРООКСИДАНТНОЙ И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМ В ПЛАЗМЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ Бедина С.А., Мозговая Е.Э., Трофименко А.С., Девятаева Н.М., Мамус М.А., Спицина С.С., Тихомирова Е.А. 30</p>	<p>АНЕМИИ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ Богданов А.Н. 36</p>
<p>АКТИВНОСТЬ ЭНЗИМОВ ПРООКСИДАНТНОЙ И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМ В ПЛАЗМЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ Бедина С.А., Мозговая Е.Э., Трофименко А.С., Девятаева Н.М., Мамус М.А., Спицина С.С., Тихомирова Е.А. 30</p>	<p>ВЛИЯНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ Богданов В.К., Атрещенкова А.Г., Волобуев М.В., Овсянников Е.С. 37</p>

ПРОГНОЗ У ПАЦИЕНТОВ С УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ МИКРОВАСКУЛЯРНАЯ СТЕНОКАРДИЯ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ Боднар Н.О., Шахбазян А.В., Леонова И.А. 38	РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА Бояков Д.Ю., Зотова Л.А., Селезнев С.В. 43
РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ АППАРАТНЫМ МЕТОДОМ ТЕРМОПУНКТУРНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРМОПУНКТУРЫ Бондарчук В.И. 38	ЯВЛЕНИЯ ГИПОКОАГУЛЯЦИИ ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ Брызгалов А.Д., Поляков А.С. 44
АППАРАТНАЯ БИОЭНЕРГОПУНКТУРНАЯ ТЕРАПИЯ В КУПИРОВАНИИ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ Бондарчук В.И. 39	ОСОБЕННОСТИ ГЕМОСТАЗА ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ Брызгалов А.Д., Поляков А.С. 45
РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ МЕТОДОМ АППАРАТНОЙ ЧЖЭНЬ-ЦЗЮ ТЕРАПИИ Бондарчук В.И. 40	БОЛЕВОЙ СИНДРОМ В ПОЗВОНОЧНИКЕ: ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ Бубнова Е.В. 45
ВЫЯВЛЕНИЕ ОСТРОЙ ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ В ОТДЕЛЬНЫХ РЕГИОНАХ ЦЕНТРАЛЬНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА, РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ, СЕВЕРОКАВКАЗСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА, РЕСПУБЛИКЕ Ю.ОСЕТИЯ, РЕСПУБЛИКИ АБХАЗИЯ И ПРИМОРСКОМУ КРАЮ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ РАБОТЫ ВЫЕЗДНОЙ БРИГАДЫ РОСТОВСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ЮЖНОГО ОКРУЖНОГО МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА ФЕДЕРАЛЬНОГО МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТСТВА РОССИИ Боронджиян Т.С., Дружинин К.В., Уповалова Г.К. 41	ПЕРВИЧНАЯ МУТАЦИЯ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ А30К У АРВТ-НАИВНОГО ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С Валутите Д.Э., Останкова Ю.В., Семенов А.В. 46
ИЗМЕНЕНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПОСЛЕ ИНТЕРВАЛЬНОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ И ЭНТЕРАЛЬНОЙ ОКСИГЕНОТЕРАПИИ Борукаева И.Х., Абазова З.Х., Борукаева Л.А., Шибзухова Л.А. 42	ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ Варавин Н.А., Тарасов В.А., Харитонов М.А., Локшина Т.Р. 47
РЕЗУЛЬТАТЫ ДОЛГОСРОЧНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТИПА А У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЦП Бочкова Е.Н., Синявская Е.А., Дагалдян А.А., Молчанова Н.Е. 43	ВЛИЯНИЕ СУКЦИНАТСОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ НА ПОВРЕЖДАЮЩИЕ ЭНДОТЕЛИЙ ФАКТОРЫ У СПОРТСМЕНОВ С ДОКЛИНИЧЕСКОЙ СТАДИЕЙ КАРДИОМИОПАТИИ ПЕРЕНАПРЯЖЕНИЯ Василенко В.С., Лопатин З.В., Карповская Е.Б. 48
	ОЦЕНКА ВКЛАДА ОТДЕЛЬНЫХ КОМПОНЕНТОВ НИЗКОЧАСТОТНОГО ДИАПАЗОНА ЛАЗЕРНОЙ ДОПЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Васильев П.В., Ерофеев Н.П., Шишкин А.Н. 49
	ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА СТАТИЧЕСКУЮ И ДИНАМИЧЕСКУЮ ВЫНОСЛИВОСТЬ Васильева В.А., Марченкова Л.А. 49

<p>ИЗМЕНЕНИЕ СОСТАВА ТЕЛА НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ Васильева В.А., Марченкова Л.А. 50</p>	<p>АССОЦИАЦИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ С АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ПАЦИЕНТОВ Власенкова А.А., Кравченко А.Я. 57</p>
<p>ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ КОМОРБИДНОГО ПАЦИЕНТА С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ СТАТИКИ И ХОДЬБЫ Васильева В.А., Марченкова Л.А. 51</p>	<p>ГИПОГОНАДИЗМ-АССОЦИИРОВАННЫЙ ОСТЕОПОРОЗ У МУЖЧИН, БОЛЬНЫХ ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА Войтко М.С., Поспелова Т.И., Климонтов В.В., Мезит Е.В., Шибуняева Я.Ю. 57</p>
<p>МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПОДХОДЫ В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ Васильева Л.В., Евстратова Е.Ф., Толстых Е.М., Золотарева М.А., Сулова Е.В. 52</p>	<p>ИЗМЕНЕНИЯ СОСТАВА КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ Воловникова В.А., Ермоленко Е.И., Иванова К.А., Арыкина О.Э. 58</p>
<p>ДЛИТЕЛЬНОСТЬ СТАЖА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И НАЛИЧИЕ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ КАК ПРЕДИКТОРЫ НИЗКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ Вербих Т.Э. 52</p>	<p>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЙ СУСТАВОВ И ПЕРИАРТИКУЛЯРНЫХ ТКАНЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И БОЛЕЗНЬЮ КРОНА Гайнуллина Г.Р., Кириллова Э.Р., Одинцова А.Х., Белоусова Е.Н., Абдулганиева Д.И. 59</p>
<p>ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ ПРИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ФИБРОГASTРОДУОДЕНОСКОПИИ Веревкина Е.А., Шевелева М.А., Сердюков С.В. 53</p>	<p>ВКЛАД УЧЕНЫХ БОТКИНСКОЙ ШКОЛЫ В ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИЙ ЭНДОТЕЛИЯ Галенко А.С., Лосева К.А. 59</p>
<p>ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST Вилкова О.Е., Малюгина Н.Н., Бакланова М.С. 54</p>	<p>ВЫЯВЛЕНИЕ СПЕКТРА И УРОВНЕЙ АНТИТЕЛ К УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫМ И ПАТОГЕННЫМ БАКТЕРИЯМ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ Ганиева Н.А., Арипова Н.А. 60</p>
<p>ОРГАНИЗУЮЩАЯСЯ ПНЕВМОНИЯ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ Винокуров А.С., Золотова Е.А., Мичурина С.В. 55</p>	<p>ЭФФЕКТ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ РИТУКСИМАБОМ НА УРОВЕНЬ В-ЛИМФОЦИТОВ И АНТИНУКЛЕАРНЫХ АУТОАНТИТЕЛ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ Гарзанова Л.А., Ананьева Л.П., Конева О.А., Овсянникова О.Б., Десинова О.В., Старовойтова М.Н., Шаяхметова Р.У., Глухова С.И., Черкасова М.В. 61</p>
<p>ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ ЛИМФОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ: НЕ ТОЛЬКО МНОЖЕСТВЕННАЯ МИЕЛОМА Витренко Д.Д., Волошинова Е.В., Сафарова К.Н. 56</p>	<p>ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ СЕРДЕЧНОГО РИТМА НА АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ Гетман С.И., Чепель А.И., Терза Ю.В. 62</p>

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ОРВИ У ВЗРОСЛЫХ Гизингер О.А.	62	ДИНАМИКА АДИПОЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА РАЗНЫХ СХЕМАХ ТЕРАПИИ Горбунова Ю.Н., Попкова Т.В., Насонов Е.Л., Лиля А.М.	68
СОСТОЯНИЕ МАРКЕРОВ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ Гизингер О.А.	63	НАЧАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА СРЕДИ МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА И ИХ НУЖДАЕМОСТЬ В ПРЕВЕНТИВНОЙ ТЕРАПИИ Гордиенко А.В., Жирков И.И., Сердюков Д.Ю., Федорова А.С.	68
ПУЛЬС-ТЕРАПИЯ МЕТИЛПРЕДНИЗОЛОНОМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ВАРИАНТА ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ АМИЛОИДНОЙ АНГИОПАТИИ Голдобин В.В., Зюзина С.Л.	64	КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ Гордиенко А.В., Самокиш В.А., Балабанов А.С., Тупицын В.В.	69
ФЕНОТИПЫ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА В РАЗНЫХ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУППАХ Голоева Р.Г., Алекберова З.С.	64	ВЛИЯНИЕ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ НА РИСК РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Горналева А.А., Каргина А.М., Мандрощенко А.А., Овсянников Е.С.	70
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН Голоева Р.Г., Алекберова З.С.	65	ЗАВИСИМОСТЬ МЕЖДУ СТРУКТУРНЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ КЛАССОМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ Гостева Д.И., Павленко Л.С., Семченко Т.И., Овсянников Е.С.	71
ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Голоева Р.Г., Алекберова З.С., Лиля А.М.	65	ПРИМЕНЕНИЕ ГИБП В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ И ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: СОБСТВЕННЫЕ ДАННЫЕ Гриднева Г.И., Аронова Е.С.	72
СТРАТЕГИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЛИЦ С ВЫСОКИМ РИСКОМ НАРУШЕНИЙ РЕОЛОГИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ КРОВИ Гончарова А.Г., Викентьев В.В., Гончаров И.Н., Викентьев Д.В., Пастушкова Л.Х., Ларина И.М.	66	ВЛИЯНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА НАКОПЛЕНИЕ МЕТАБОЛИТОВ МЕТОТРЕКСАТА В ЭРИТРОЦИТАХ Гриднева Г.И., Муравьев Ю.В., Аронова Е.С., Кудрявцева А.В.	73
ОСТЕОАРТРИТ ПОЗВОНОЧНИКА И СУСТАВОВ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА: АНАЛИЗ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ Гончарова В.Е.	66		
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ Горбачева А.Ю., Лебедева Е.С., Кривошеева К.С.	67		
УРОВНИ АДИПОЦИТОКИНОВ У ПАЦИЕНТОВ С РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ДО НАЗНАЧЕНИЯ ПРОТИВРЕВМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ Горбунова Ю.Н., Попкова Т.В., Насонов Е.Л., Лиля А.М.	67		

<p>ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ МЕТОТРЕКСАТА И ЕГО МЕТАБОЛИТОВ В ЭРИТРОЦИТАХ И МОНОНУКЛЕАРАХ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Гриднева Г.И., Муравьев Ю.В., Сыгырта В.С., Глухова С.И., Аронова Е.С., Кудрявцева А.В., Баймеева Н.В. 73</p>	<p>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ИКСЕКИЗУМАБ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ Дадалова А.М., Самигуллина Р.Р., Василенко Е.А., Мазуров В.И. 79</p>
<p>ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Гриднева Р.И., Швырев А.П., Дрожжина Е.И. 74</p>	<p>ЭКСПРЕССИЯ IL-13 В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ ПРИ РАЗНЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ Данильченко Е.А., Васильева В.Ю., Матвеева М.Р., Ереско С.О., Айрапетов М.И. 80</p>
<p>ОСОБЕННОСТИ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ ОСНОВНЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМАХ СУСТАВНОЙ ПАТОЛОГИИ: ОПТИМИЗАЦИЯ ДАННЫХ Громова М.А. 75</p>	<p>ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ Данковцева Е.Н., Тенчурина В.И., Минушкина Л.О., Спешилов Г.И., Затейщиков Д.А. 81</p>
<p>КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА И ЕГО ПРОГНОЗА Грузманов А.К., Мазуренко С.О. 76</p>	<p>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. СИНДРОМ ЭКТОПИЧЕСКОЙ ПРОДУКЦИИ АКТГ Денисенко А.О., Еременко Т.В., Кудряшова М.Н., Токарева М.С. 82</p>
<p>КОМОРБИДНОСТЬ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Грунина Е.А., Кашенок Е.А. 76</p>	<p>СОСУДИСТЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПЕРЕКРЕСТНОЙ ФОРМЕ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ Десинова О.В., Старовойтова М.Н., Ананьева Л.П. 83</p>
<p>ОПОРТУНИСТИЧЕСКИЕ МИКРООРГАНИЗМЫ В СТРУКТУРЕ КОМОРБИДНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Гульнева М.Ю., Носков С.М., Малафеева Э.В. 77</p>	<p>СИСТЕМНАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ В СОЧЕТАНИИ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ Десинова О.В., Старовойтова М.Н., Бабак В.В., Ананьева Л.П., Шаяхметова Р.У., Гарзанова Л.А., Овсянникова О.Б., Конева О.А. 83</p>
<p>ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Гумерова В.Е., Сайганов С.А. 78</p>	<p>ОСОБЕННОСТИ ДЕБЮТА ПЕРЕКРЕСТНОЙ ФОРМЫ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ Десинова О.В., Старовойтова М.Н., Шаяхметова Р.У., Ананьева Л.П., Бабак В.В., Гарзанова Л.А., Овсянникова О.Б., Конева О.А. 84</p>
<p>ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ: ЗА И ПРОТИВ Гурина Л.Н., Бондарчук А.Н., Денисик Н.И., Полякова Г.Ф., Новосад Е.А. 78</p>	<p>СРАВНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ И ТЕРАПИИ С ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛОАРТРИТЕ Джуманиёзов Д.И., Бердиева Д.У., Арипова Н.А. 85</p>
<p>ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ АНИЗАЦИТОЗА ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ Гусейнов Г.Э., Вершинин А.А., Шилов В.В. 79</p>	

<p>ВЫЯВЛЕНИЕ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНЫХ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ Джураева Э.Р., Зияева Ф.К., Бердиева Д.У., Арипова Н.А. 85</p>	<p>ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ИНОСТРАННЫХ УЧАЩИХСЯ БЕЛУРОССКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА Дрощенко В.В., Яковлева Е.В. 91</p>
<p>ЧАСТОТА ОСТЕОПОРОЗА И САРКОПЕНИИ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ Добровольская О.В., Демин Н.В., Баранова М.М., Шебзухова Д.М., Феклистов А.Ю., Торопцова Н.В. 86</p>	<p>ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В АРКТИЧЕСКОЙ ЗОНЕ Дыбин А.С. 92</p>
<p>ФАКТОРЫ РИСКА САРКОПЕНИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Добровольская О.В., Никитинская О.А., Демин Н.В., Меньшикова А.Г., Колхидова З.А., Торопцова Н.В. 87</p>	<p>ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА НА МИНЕРАЛЬНУЮ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА Дымнова С.Е., Сергеева В.В., Бобылева И.В. 93</p>
<p>РЕЗУЛЬТАТЫ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ОНКОПАТОЛОГИЕЙ НА ФОНЕ УЛЬТРАКОРОТКОГО ПРИЕМА ДВОЙНОЙ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ В СВЯЗИ С ПРЕДСТОЯЩЕЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПО ПОВОДУ ОНКОПАТОЛОГИИ Домбровский М.М., Никитина Т.Г., Самсонова Н.Н., Петросян К.В., Бокерия Л.А. 88</p>	<p>ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ТАКОЦУБО И БОЛЬНЫХ ВАЗОСПАСТИЧЕСКОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ Евдокимов Д.С., Гузёва В.М. 94</p>
<p>ПОКАЗАНИЯ К АРТРОПЛАСТИКЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА Доронина А.А., Вороков А.А., Ткаченко А.Н., Хайдаров В.М. 88</p>	<p>УЗЛОВАТАЯ ЭРИТЕМА АССОЦИИРОВАННАЯ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ Егорова О.Н., Белов Б.С., Бурденко М.В. 94</p>
<p>ОСОБЕННОСТИ РАСЧЕТА ЗАТРАТ НА ПРОВЕДЕНИЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КРУПНЫХ СУСТАВОВ ПРИ ТРАВМАХ И В СЛУЧАЯХ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ Доронина А.А., Хайдаров В.М., Ткаченко А.Н., Вороков А.А., Мансуров Д.Ш. 89</p>	<p>ПАННИКУЛИТЫ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ Егорова О.Н., Белов Б.С., Бурденко М.В. 95</p>
<p>СИНДРОМ НИЗКОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГИСТАМИНУ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Доценко Э.А. 90</p>	<p>ДИНАМИКА АНТИТЕЛ К ФЕРМЕНТУ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ (НА ПРИМЕРЕ КАТАЛАЗЫ) КАК ОБЪЕКТИВНЫЙ ТЕСТ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ Емельянова О.И., Гонтарь И.П., Русанова О.А. 96</p>
<p>ИССЛЕДОВАНИЕ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, ПРИНИМАЮЩИХ АМИОДАРОН Дробышева Е.С., Овсянников Е.С., Шаповалова М.М., Перцев А.В., Феськова А.А. 91</p>	<p>СИНДРОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Енина Т.В., Енин А.В., Страхова Н.В., Зуйкова А.А. 96</p>

ЭФФЕКТ ПИОГЛИТАЗОНА НА ПОКАЗАТЕЛИ МАССЫ ТЕЛА, ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА И ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА PPAR γ rs1801282 Еременко Т.В., Кудрявцев Д.В., Антонова А.П., Матезиус И.Ю., Денисенко А.О. 97	КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА Есина Е.Ю., Зуйкова А.А., Посметьева О.С., Шевцова В.И. 101
ВЛИЯНИЕ НОСИТЕЛЬСТВА ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА РЕЦЕПТОРА, АКТИВИРУЕМОГО ПРОЛИФЕРАТАМИ ПЕРОКСИСОМ ГАММА У ЛЮДЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ Еременко Т.В., Матезиус И.Ю., Белоголова А.Д., Ермаков Г.О., Абрамашвили И.Н. 98	ПРОФИЛАКТИКА ОЖИРЕНИЯ С УЧЕТОМ ТИПА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ Есина М.В., Зуйкова А.А., Есина Е.Ю. 102
ПЕРВЫЙ РОССИЙСКИЙ ОПЫТ ОЦЕНКА НЕОВАСКУЛЯРИЗАЦИИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК ПРИ ПОМОЩИ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ КОНТРАСТНОЙ ПЕРФУЗИОННОЙ СОНОГРАФИИ Ермакова О.А., Умнов И.Н., Бобров А.Л. 98	СТРУКТУРА ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА Ефанова Е.Н., Сулейменова Р.А., Васильева Е.А., Беляева П.С., Бабийчук П.А. 103
НАРУШЕНИЕ ПОРТОПЕЧЕНОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ГИПЕРАММОНИЕМИЯ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОМ СТЕАТОГЕПАТИТЕ С НАЧАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ, ИХ КОРРЕКЦИЯ Ермолова Т.В., Тиунова К.В. 99	КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ПОСТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ Жаббаров М.Т., Бобожанов У.А. 104
ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПАЦИЕНТА В ПОВЫШЕНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ Есина Е.Ю., Зуйкова А.А., Добрынина И.С. 100	КЛИНИЧЕСКИЕ, ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИМИКВИМОД-ИНДУЦИРОВАННОЙ МОДЕЛИ ПСОРИАЗА Жарун Е.Р., Пасюк А.В., Жуков А.С., Хайрутдинов В.Р., Самцов А.В. 104
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В ДОСТИЖЕНИИ ЦЕЛЕВОГО УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У КОМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА Есина Е.Ю., Зуйкова А.А., Красноруцкая О.Н., Котова Ю.А. 101	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТРИМЕТАЗИДИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ Жексембаева С.О. 105
	ИЗУЧЕНИЕ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ РОЗУВАСТАТИНА И АТОРВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ Жексембаева С.О. 106
	РОЛЬ БИОМАРКЕРОВ В ДИАГНОСТИКЕ И ПРОГНОЗЕ ПСОРИАЗА Жуков А.С., Хайрутдинов В.Р., Самцов А.В. 107

НЕЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ Жуков А.С., Хайрутдинов В.Р., Самцов А.В.	107	ПАРАДОКСАЛЬНЫЕ ДВИГАТЕЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА, СПРОВОЦИРОВАННЫЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИЕЙ ВИТАМИНОМ В12 Ивашина Е.Н., Филипович Е.К., Головач А.В., Скабей А.И.	113
ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА Д НА НЕРВНУЮ СИСТЕМУ СРЕДИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА Захарова В.В.	108	ДИСТАНЦИОННОЕ МОБИЛЬНОЕ ЭКГ-МОНИТОРИРОВАНИЕ (ECG-DONGLE) У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Изиляева Е.А.	114
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ГЕМОБЛАСТОЗАМИ ВЗРОСЛОГО ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ Зверева О.Н.	109	НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО- КИШЕЧНОГО ТРАКТА Ираклионова Н.С.	114
ПАРАПРОТЕИНЕМИЧЕСКИЕ ГЕМОБЛАСТОЗЫ У НАСЕЛЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКА Зверева О.Н.	109	К РЕЗУЛЬТАТАМ КЛИНИКО- МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ФИТОМАЗИ У БОЛЬНЫХ С ПИОДЕРМИЕЙ Исмагилов А.И., Мавлянова Ш.З., Обидов С.З., Убайдуллаева З.А., Файзуллаева Н.С., Имамалиев Б.А.	115
МАКРОГЛОБУЛИНЕМИЯ ВАЛЬДЕНСТРЕМА ПО МАТЕРИАЛАМ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Зверева О.Н., Кушерекина Я.Ю.	110	ОПРЕДЕЛЕНИЕ МИШЕНИ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП Ишинова В.А., Шумак Т.И., Наваховская Л.Ю., Вергер Е.В., Алтухов С.В.	116
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ БИОТРАНСФОРМАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ МИЕЛОИДНЫМ ЛЕЙКОЗОМ, ПОЛУЧАЮЩИХ АНТИТИРОЗИНКИНАЗНУЮ ТЕРАПИЮ Золотарёв А.Д., Поляков А.С., Колубаева С.Н.	110	КИСЛОТНО-ОСНОВНОЕ СОСТОЯНИЕ КРОВИ ПРИ СИНДРОМЕ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА Каптых Д.С., Шишко В.В., Карпович О.А., Шульга Е.В.	117
ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА И ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ Зубова Е.А., Бражник В.А., Минушкина Л.О., Затейщиков Д.А.	111	ВОЗРАСТНАЯ ИНВОЛЮЦИЯ ТИМУСА ПО ДАННЫМ МРТ ПЕРЕДНЕГО СРЕДОСТЕНИЯ Карандеева А.М., Кварацхелия А.Г., Насонова Н.А., Гундарова О.П., Соболева М.Ю.	117
ТИП ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ, ЕСТЬ ЛИ ВЗАИМОСВЯЗЬ Зуйкова А.А., Есина Е.Ю., Котова Ю.А., Красноруцкая О.Н.	112		

КОМОРБИДНОСТЬ У МУЖЧИН С АНДРОИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ Каратаева О.В., Панова Е.И., Морозова Е.П.	118	КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЫРАЖЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Кацура К.С., Дробышева Е.С., Перцев А.В.	125
ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2017-2019 ГОДАХ Кароль Е.В., Попова Н.В., Дубровская Н.В., Хандрикова Я.Н., Матвеева В.А.	119	ИЗМЕНЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ Кдырбаева Ф.Р.	126
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ КАК ПОКАЗАТЕЛЯ ЗДОРОВЬЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА В 2019 ГОДУ Кароль Е.В., Белавина Е.А., Царахова Н.М., Трухина Е.С., Фиясь О.Е.	120	АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Кдырбаева Ф.Р.	126
СТАРЕНИЕ ОРГАНИЗМА И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ Карпин В.А.	120	ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ Кдырбаева Ф.Р.	127
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ БРОНХООБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЭКОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ НЕФТЕГАЗОВОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ ЮГРЫ Карпин В.А.	121	ПРИЗНАК ФРАНКА КАК ВИДИМЫЙ ФАКТОР СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ Киселева Н.А., Грунина Е.А.	127
ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРОВ МЕЛАТОНИНА ЭПИТЕЛИОЦИТАМИ ПИЩЕВОДА ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА Карпович О.А.	122	ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЭМБРИО- И ФЕТОПАТИЙ У ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА Клименко А.О., Кислюк Г.И., Конищенко Е.А.	128
ПОДБОР ОПРОСНИКА ДЛЯ НАИБОЛЕЕ ТОЧНОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭССЕЦИАЛЬНОЙ ТРОМБОЦИТЕМИЕЙ Карташев В.А., Поляков А.С., Бондарчук С.В.	123	ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ И КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ Ключарева С.В., Белова Е.А., Нечаева О.С., Гусева С.Н., Ковальчук М.С., Курганская И.Г.	129
КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА И ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ОТ РАЗРАБОТОК СЕРГЕЯ ПЕТРОВИЧА БОТКИНА ДО НАШИХ ДНЕЙ Катюхин В.Н., Марченко В.Н., Катюхин Л.Н.	124	ЛЕЧЕНИЕ КСАНТЕЛАЗМЫ ИМПУЛЬСНЫМ ЛАЗЕРОМ НА ПАРАХ МЕДИ: КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ 24 СЛУЧАЕВ Ключарева С.В., Ковальчук М.С., Пономарев И.В.	130

<p>ОСОБЕННОСТИ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ Ковалевский В.А., Шишкин А.Н. 130</p>	<p>СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ МИКОФЕНОЛАТА МОФЕТИЛА И РИТУКСИМАБА В РЕЖИМЕ МОНОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ Конева О.А., Ананьева Л.П., Гарзанова Л.А., Десинова О.В., Овсянникова О.Б., Старовойтова М.Н. 136</p>
<p>ОТ ЧЕГО ЗАВИСИТ ОТВЕТ НА АНТИРЕЗОРБТИВНУЮ ТЕРАПИЮ ДЕНОСУМАБОМ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ОСТЕОПОРОЗОМ: ПО РЕЗУЛЬТАТАМ 12 МЕСЯЦЕВ ТЕРАПИИ Коваленко П.С., Дыдыкина И.С., Смирнов А.В., Насонов Е.Л. 131</p>	<p>СТРУКТУРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЛОМЕРУЛОПАТИЙ У ДЕТЕЙ Конюх Е.А., Машкова А.Е. 137</p>
<p>ОСТЕОТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДЕНОСУМАБОМ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ОСТЕОПОРОЗОМ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ Коваленко П.С., Дыдыкина И.С., Смирнов А.В., Насонов Е.Л. 132</p>	<p>СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСОРИАЗОМ В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ РФ Корнеева Л.С., Мельниченко Н.Е., Бойкова Л.С. 138</p>
<p>КОРРЕКЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК Колмакова Е.В., Кулаева Н.Н. 133</p>	<p>К ВОПРОСУ О ДИСБИОЗЕ КИШЕЧНИКА У ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ Корнишева В.Г., Вашкевич А.А., Кукушкина К.С. 138</p>
<p>РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РИТУКСИМАБОМ ПАЦИЕНТОВ СИСТЕМОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ Комаров В.Т., Никишин А.В., Носанова М.Н., Никишина А.Ю., Хичина Н.С., Фролова И.В., Филатова М.А. 134</p>	<p>КОМОРБИДНЫЙ ФОН ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ: АКЦЕНТ НА ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И НАЧАЛО ДЕБЮТА ЗАБОЛЕВАНИЯ Корольчук И.С., Кучерявый В.И., Коваленко Р.В. 139</p>
<p>ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ГЛУТАТИОНА У БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ, СОЧЕТАННОЙ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ Кондуфор О.В., Соцкая Я.А. 134</p>	<p>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Корякова Н.В., Польская И.И., Марусенко И.М., Кулагина Т.И. 140</p>
<p>СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЦИКЛОФОСФАМИДА И РИТУКСИМАБА В РЕЖИМЕ МОНОТЕРАПИИ И У БОЛЬНЫХ СИСТЕМОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ Конева О.А., Ананьева Л.П., Гарзанова Л.А., Десинова О.В., Овсянникова О.Б., Старовойтова М.Н. 135</p>	<p>ПРИ КОМОРБИДНОСТИ НЕСКОЛЬКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИКОВУЛЬСАНТАННЫХ СВОЙСТВ КУМАРИНОВ – ПРОИЗВОДНЫХ УМБЕЛЛИФЕРОНА Косякова Г.П., Яковлева Е.Е., Мызников Л.В., Жемчужников А.Д., Быков Д.С. 141</p>
	<p>АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ Котова Ю.А., Красноруцкая О.Н., Зуйкова А.А., Страхова Н.В., Бугримов Д.Ю. 142</p>

<p>ГОЛОВНАЯ БОЛЬ СРЕДИ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ Котова Ю.А., Краснорущкая О.Н., Зуйкова А.А., Страхова Н.В., Бугримов Д.Ю. 142</p>	<p>ХАРАКТЕРИСТИКА ОСОБЕННОСТЕЙ РАЗВИТИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МУЖЧИН МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА В ПОДОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА Кудинова А.Н., Сотников А.В., Епифанов С.Ю., Гордиенко А.В., Носович Д.В. 149</p>
<p>НАРУШЕНИЕ СНА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ Котова Ю.А., Краснорущкая О.Н., Зуйкова А.А., Страхова Н.В., Бугримов Д.Ю. 143</p>	<p>ПРИВЫЧНЫЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕЙСТВИЯ У ДЕТЕЙ С КОМОРБИДНОСТЬЮ ЭПИЛЕПСИИ И РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА Кудлач А.И. 150</p>
<p>ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА ПРИ ОЖИРЕНИИ Котрова А.Д., Шишкин А.Н., Ермоленко Е.И., Сарайкина Д.А. 144</p>	<p>ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММЫ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ Кудлач А.И., Филипович Е.К., Кот Д.А., Хорликова О.А. 151</p>
<p>СИНДРОМ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА Коцюбинская Ю.В. 144</p>	<p>В-КЛЕТОЧНАЯ ДЕПЛЕЦИЯ И ВЫРАЖЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКОГО И АНТИДЕСТРУКТИВНОГО ЭФФЕКТОВ РИТУКСИМАБА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Кудрявцева А.В., Лукина Г.В., Смирнов А.В., Глухова С.И., Аронова Е.С., Гриднева Г.И. 152</p>
<p>ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ОКОЛОЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОДИАЛИЗОМ Кощева Т.А., Степочкина А.М., Соин П.В., Мазуренко С.О., Старосельский К.Г. 145</p>	<p>РАЗЛИЧИЕ МЕЖДУ КЛИНИЧЕСКИМ И АНТИДЕСТРУКТИВНЫМ ЭФФЕКТАМИ РИТУКСИМАБА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА Кудрявцева А.В., Лукина Г.В., Смирнов А.В., Глухова С.И., Аронова Е.С., Гриднева Г.И. 152</p>
<p>АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА Краснорущкая О.Н., Зуйкова А.А., Бугримов Д.Ю., Котова Ю.А. 146</p>	<p>МИОФАСЦИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ В ОБЩЕЙ КАРТИНЕ БОЛИ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ Кулемзина Т.В., Папков В.Е., Красножон С.В. 153</p>
<p>ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА Краснорущкая О.Н., Зуйкова А.А., Котова Ю.А., Страхова Н.В., Бугримов Д.Ю. 147</p>	<p>ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ БИСОПРОЛОЛА НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ДИСФУНКЦИЮ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Куликова Л.Е., Ивлева Е.Л., Овсянников Е.С. 153</p>
<p>ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С БОЛЬЮ В ГРУДИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА Краснорущкая О.Н., Зуйкова А.А., Котова Ю.А., Страхова Н.В., Бугримов Д.Ю. 147</p>	
<p>ВЛИЯНИЕ ДИСПЛАЗИИ СТРУКТУР СЕДЦА НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ФУТБОЛИСТОВ Криволап Н.В. 148</p>	

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ САРКОИДОЗА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ Куневич Е.О., Метельский С.М.	154	ЛЕКТИНЫ ПРОБИОТИКОВ КАК ЦИТОКИНЫ Лахтин М.В., Лахтин В.М.	161
ИНДИВИДУАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИМОРБИДНОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ Курасов Е.С., Парцерняк А.С., Шамрей В.К., Яцкив Я.В.	155	ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО И ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АТОПИЧЕСКОГО КРУГА Левковец И.Л., Соломонов Д.В.	161
ВЫРАЖЕННОСТЬ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИМОРБИДНОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ Курасов Е.С., Шамрей В.К., Яцкив Я.В., Парцерняк А.С.	156	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 Лекарева И.В., Емельянова А.Л., Емельянов Д.Н.	162
ПЕРИОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ Кушнарева И.Г.	157	ДИАГНОСТИКА МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ СТЕНОКАРДИИ Леонова И.А., Болдуева С.А., Захарова О.В., Петрова В.Б.	163
ГЛИКОАНТИГЕНЫ В СБОРОЧНЫХ АГРЕГАТАХ: ПОДХОД К ВЫЯВЛЕНИЮ И МОНИТОРИНГУ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ГЛИКОКОНЪЮГАТОВ В КРОВИ Лахтин В.М., Лахтин М.В.	157	КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДЛИТЕЛЬНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТОМ С ТЯЖЕЛОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОСЛЕ СТИМУЛЯЦИИ СПИННОГО МОЗГА КАК СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ СТЕНОКАРДИИ Леонова И.А., Болдуева С.А., Захарова О.В., Рзаев Д.А.	164
СУБИЗОТИПЫ С4 КОМПЛЕМЕНТА ПАЦИЕНТОВ КАК БИОМАРКЕРЫ АУТОИММУННЫХ БОЛЕЗНЕЙ Лахтин М.В., Лахтин В.М.	158	ДИНАМИКА ИНТЕНСИВНОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА И ПСИХОПАТИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ Леонова И.А., Болдуева С.А., Ишинова В.А.	165
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ С1-ИНГИБИТОР ПАЦИЕНТОВ С ДЕФИЦИТОМ С4 КОМПЛЕМЕНТА: ИММУНОБЛОТИНГОВЫЙ АНАЛИЗ ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНЦИИ В ЖИВОМ ИЗОБРАЖЕНИИ Лахтин М.В., Лахтин В.М.	159	ТУБЕРКУЛЕЗ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМ СТАТУСОМ ТАБАКОКУРЕНИЯ Луковкина Д.О., Арчакова Л.И.	165
ЛИЗИС БИОПЛЕНОК STAPHYLOCOCCUS AUREUS В ПРИСУТСТВИИ ЛЕКТИНОВ КУЛЬТУР БИФИДОБАКТЕРИЙ И ЛАКТОБАЦИЛЛ Лахтин М.В., Лахтин В.М.	160	ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА С МОНОВОЛЕНТНОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ К ГРИБАМ РОДА CANDIDA Мавлянова Ш.З., Есионова Е.В., Разикова Г.Р.	166

К РЕЗУЛЬТАТАМ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СВОЙСТВ КРЕМНИСТЫХ РАСТВОРОВ Мавлянова Ш.З., Бурханов А.У., Мавлянов П.Н., Махсудов М.Р., Шукуров И.Б. 167	НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА Максимов Р.С., Деомидов Е.С., Нестерин К.В., Яранцева Н.Д., Москалева А.С. 172
АКТИВАЦИЯ «ЦИТОКИНОВОЙ СЕТИ» ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ Маджидова Ё.Н., Усманова Д.Д., Липатова Л.В. 167	ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ: ВЗГЛЯД ВРАЧА ИНСУЛЬТНОГО ОТДЕЛЕНИЯ Максимов Р.С., Деомидов Е.С., Максимова И.Д., Щукина Т.В. 173
ВОЗМОЖНОСТИ ДЕНСИТОМЕТРИИ В ОЦЕНКЕ РИСКА ПЕРЕЛОМОВ И ПРОГНОЗА БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК Мазуренко С.О., Соин П.В., Старосельский К.Г., Мазуренко М.С., Кощева Т.А., Степочкина А.М. 168	КРИОБИОПСИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ Максонова В.С., Арчакова Л.И. 174
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ Мазуренко С.О., Ростом Л.Ж., Буева К.А., Бубнова Н.А., Шатиль М.А., Добрынин О.Н., Чернышев О.Б. 169	ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ И СТЕАТОЗ ПЕЧЕНИ: ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ Малышева Е.Б. 175
ЭФФЕКТЫ ТОРАСЕМИДА И ИНДАПАМИДА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ДЕФИЦИТОМ МАГНИЯ Майлян Д.Э., Коломиец В.В. 170	ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ИБС С ПОМОЩЬЮ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ Маль Г.С., Арефина М.В. 175
ВЛИЯНИЕ ЭСТРОГЕН-РЕЦЕПТОРНОГО СТАТУСА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА Майлян Э.А., Чурилов А.В., Немсадзе И.Г. 170	ОЦЕНКА ДЕФОРМАЦИОННЫХ СВОЙСТВ МЕМБРАНЫ ЭРИТРОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ Марченко В.Н., Давыдов Д.А., Савельев Д.С., Глистенкова Д.Д., Катюхин Л.Н. 176
ОСОБЕННОСТИ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ Макова О.Н., Шаповалова О.В., Овсянников Е.С. 171	ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОФОРЕЗА МЕДИ НА КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МЕТАБОЛИЗМА У ПОДРОСТКОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМИ ДИСПЛАЗИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ Марченкова М.И., Кирьянова В.В. 177
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК ДЕСИНХРОНОЗ И ПЕРСПЕКТИВЫ ХРОНОТЕРАПИИ Маковеева О.В., Гордиенко А.В., Киселева Д.П. 172	РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ КАРТ-ИЗВЕЩЕНИЙ О НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЯХ РЕНТГЕНКОНТРАСТНЫХ СРЕДСТВ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ В 2009-2018 ГГ. Матвеев А.В., Крашенинников А.Е., Егорова Е.А. 178

ФАКТОРЫ РИСКА МОЗГОВЫХ ИНСУЛЬТОВ В ПУСТЫННО-СТЕПНЫХ ЗОНАХ УЗБЕКИСТАНА Матёкубов М.О., Киличев И.А.....	178	АПОЛИПОПРОТЕИН А-1 В ДИАГНОСТИКЕ КАЛЬЦИНИРУЮЩЕГО ПОРАЖЕНИЯ КЛАПАНА АОРТЫ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА Михеева Н.А., Гуляев Н.И., Олексюк И.Б.....	184
СТРУКТУРА КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Матчанов С.Х., Абдураззакова Д.С.....	179	ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ ГРАНУЛЕМАТОЗ С ПОЛИАНГИИТОМ – МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ Мороз О.К., Сиротко О.В., Литвяков А.М.....	185
КОМОРБИДНОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ ЖЕНСКОГО ПОЛА Мацкевич С.А., Бельская М.И.....	180	ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЙ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ В РФ Мошкина А.Ю.....	186
ОСОБЕННОСТИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ЛИЦ С ОЖИРЕНИЕМ Медведева Т.В., Чижев П.А., Пегашова М.А., Бобкова Л.П.....	181	МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ В УЗБЕКИСТАНЕ Муллаханов Ж.Б., Мавлянова Ш.З., Исмагилов А.И., Капралова Ю.А., Юнусова З.С., Мавлянова З.Н.....	187
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2009-2018 ГГ. Мельниченко Н.Е., Корнеева Л.С., Бойкова Л.С.....	181	КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ КАВЕРНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ, ВЫЯВЛЕННЫХ ПРИ ПЛАНОВОМ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННОМ ИССЛЕДОВАНИИ Мунасипова А.Д., Голдобин В.В.....	187
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ Минушкина Л.О., Зубова Е.А., Бражник В.А., Затеишиков Д.А.....	182	ИММУНОГЕННОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ 23-ВАЛЕНТНОЙ ПНЕВМОКОККОВОЙ ВАКЦИНЫ У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ) Муравьева Н.В., Белов Б.С., Тарасова Г.М., Черкасова М.В., Лукина Г.В.....	188
РИСК И ПОЛЬЗА КОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СПИННОГО МОЗГА Мирзаева Л.М.....	183	ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЕРОКСИБА В ЛЕЧЕНИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА Мухаммадиева С.М., Набиева Д.А., Саидрасулова Г.Б., Мирахмедова Х.Х.....	189
АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ КАЛЬЦИНИРУЮЩЕГО ПОРАЖЕНИЯ КЛАПАНА АОРТЫ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА Михеева Н.А., Гуляев Н.И., Олексюк И.Б.....	184	ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ ФИТОПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ДИСГОРМОНАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЖАРКОМ КЛИМАТЕ Мухамметгулыева О.С., Сулейманова Н.Д.....	189

<p>О МЕСТЕ ЭСТРОГЕН-СОДЕРЖАЩИХ ФИТОПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ В ЖАРКОМ КЛИМАТЕ Мухамметгульева О.С., Сулейманова Н.Д. 190</p>	<p>ОСТРОЕ ПОЧЕЧНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПРИ ПЛАНОВЫХ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ: ЧАСТОТА, ПРЕДИКТОРЫ, ПРОФИЛАКТИКА Налесник Е.О., Репин А.Н. 195</p>
<p>ДИНАМИКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИКРОГЕМОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ НА ФОНЕ ПНЕВМОКОНИОЗА В СОЧЕТАНИИ С ВЕГЕТО-СЕНСОРНОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ Мякоткина Г.В., Соцкая Я.А. 191</p>	<p>КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ Нелидова Н.В. 196</p>
<p>ВОЗРАСТНЫЕ И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО СПЕКТРА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ИСХОДАХ ОСТРОГО ПЕРИОДА ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА Мякотных В.С., Остапчук Е.С., Мещанинов В.Н., Боровкова Т.А. 192</p>	<p>ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ ИНФЕКЦИЕЙ Нелидова Н.В. 196</p>
<p>ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ И ТЕЧЕНИЯ УЗЛОВОЙ ЭРИТЕМЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНФЕКЦИОННОГО АГЕНТА Набиева Д.А., Ганиева Н.А., Арипова Н.А., Рахимов С.С. 193</p>	<p>СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ Нелидова Н.В., Тимофеева Э.А., Алибутаева А.Р. 197</p>
<p>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЕ АЛЕНДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПОРОЗА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ Набиева Д.А., Сагатов Д.Р., Абдуазизова Н.Х. 193</p>	<p>ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА, КОНСЕРВАТИВНОЕ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕДКИХ ПРИЧИН ФОРМИРОВАНИЯ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА Никитина В.В., Гусева В.Р. 198</p>
<p>СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛАБОРАТОРНУЮ ДИАГНОСТИКУ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА Набиева Д.А., Ташпулатова М.М. 194</p>	<p>ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЩЕГО СЫВОРОТОЧНОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА Е ПРИ РЕСПИРАТОРНОЙ АЛЛЕРГИИ Новикова Т.П., Доценко Э.А. 198</p>
<p>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНДЕКСА РЕЗИСТИВНОСТИ ДЛЯ ОЦЕНКИ УРОВНЯ ЭКСКРЕЦИИ АЛЬБУМИНА С МОЧОЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Нагибович О.А., Шипилова Д.А. 194</p>	<p>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА Нурова Г.У., Икрамова Ф.С. 199</p>
	<p>ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИИ ЦИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Нурова Г.У., Нурова Г.У. 199</p>
	<p>ИССЛЕДОВАНИЯ ТРАНСПОРТНОЙ ФУНКЦИИ СЛИЗОСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА ПРИ ВАЗОМОТОРНОМ РИНИТЕ Нурова Г.У., Эркинов Н.Н. 200</p>

<p>ОЦЕНКА КАШЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ Овсянников Е.С., Дробышева Е.С., Шаповалова М.М., Перцев А.В., Феськова А.А. 201</p>	<p>ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ НА ТЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ Осадчук М.А., Миронова Е.Д., Васильева И.Н. 206</p>
<p>ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА Овсянников Е.С., Ушакова М.И., Сивкова А.В. 201</p>	<p>ВЗАИМООТНОШЕНИЯ КУРЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ОСТРЫХ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА Остапчук Е.С. 206</p>
<p>ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЛЕГОЧНЫХ ТЕСТОВ ЧЕРЕЗ ГОД И ЧЕРЕЗ 5 ЛЕТ У ПАЦИЕНТОВ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ С РАЗНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ Овсянникова О.Б., Конева О.А., Гарзанова Л.А., Ананьева Л.П., Десинова О.В., Шаяхметова Р.У., Старовойтова М.Н. 202</p>	<p>ВОЗМОЖНЫЕ ИСТОЧНИКИ БОЛИ В ОБЛАСТИ ЖИВОТА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Пальгужева А.Ю., Литвяков А.М. 207</p>
<p>АССОЦИАЦИЯ ЗНАЧЕНИЙ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЛЕГОЧНЫХ ТЕСТОВ С РАЗНЫМИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ЗА 5 ЛЕТНИЙ ПЕРИОД НАБЛЮДЕНИЯ Овсянникова О.Б., Конева О.А., Гарзанова Л.А., Шаяхметова Р.У., Ананьева Л.П., Десинова О.В., Старовойтова М.Н. 203</p>	<p>ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ Панина А.А., Белан Э.Б., Рудобаба Е.Л., Шушкова И.Г., Павловская В.Н. 208</p>
<p>ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИЕ ГРИБОВИДНОГО МИКОЗА Олисова О.Ю., Демкин В.В., Амшинская Дж.Р. 203</p>	<p>ФЕНОТИП ОЖИРЕНИЯ И АНДРОГЕННЫЙ СТАТУС У МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА Панова Е.И., Каратаева О.В. 209</p>
<p>ПИРОФОСФАТНАЯ АРТРОПАТИЯ: ОБЗОР ПРОБЛЕМЫ И КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ Омельченко В.О., Летягина Е.А., Королев М.А. 204</p>	<p>НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С ВИСЦЕРАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ Панова Е.И., Цыпленкова Н.С., Жданкина Н.В., Морозова Е.П. 209</p>
<p>ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST, ЯВЛЯЮЩИХСЯ АКТИВНЫМИ ТАБАКОКУРИЛЬЩИКАМИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ЦЕНТРА РЕАБИЛИТАЦИИ Орлов М.М., Петелина Е.В. 205</p>	<p>КОСТНО-СКЕЛЕТНЫЕ ПРИЗНАКИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ НАРУШЕНИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У МУЖЧИН ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА Паторская О.А. 210</p>
	<p>ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА: ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ИНФЕКЦИЯМИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА Пегашова М.А., Чижов П.А., Медведева Т.В. 211</p>

<p>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ОЦЕНКОЙ ФАКТОРОВ РИСКА ЗА ПЕРИОД С ЯНВАРЯ 2018 Г. ПО ИЮНЬ 2019 Г. АНАЛИЗ НМИЦ ССХ ИМЕНИ А.Н. БАКУЛЕВА Пелех Д.М., Никитина Т.Г., Голухова Е.З., Бокерия Л.А. 212</p>	<p>ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Порошина Е.Г., Вологодина И.В., Жабина Р.М., Красильникова Л.А. 217</p>
<p>ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ АНЕМИИ НА РАЗВИТИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Перцев А.В., Овсянников Е.С., Дробышева Е.С., Шаповалова М.М., Феськова А.А. 213</p>	<p>СКРЫТЫЙ АРИТМОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТОК ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Порошина Е.Г., Вологодина И.В., Красильникова Л.А., Жабина Р.М. 218</p>
<p>ЛЕГОЧНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК КОМПОНЕНТ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ Перцев А.В., Перцева М.В. 213</p>	<p>СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ГЕМАТОЛОГА Потапенко В.Г., Баллюзек М.Ф. 218</p>
<p>ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У «ХРУПКИХ» ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ Петрова В.Б., Шумков В.А., Петрова А.И. 214</p>	<p>ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТИПА ЛИЧНОСТИ НА КЛИНИКУ И ГОРМОНАЛЬНЫЙ ФОН У ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ Пошехонова Ю.В. 219</p>
<p>ВИСФАТИН, НЕСФАТИН И ИХ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА Полякова Ю.В., Квицидзе Т.З., Папичев Е.В., Сивордова Л.Е., Ахвердян Ю.Р., Заводовский Б.В. 215</p>	<p>КОСТНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ Пулатова Ш.Б., Алиева К.К. 220</p>
<p>АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПИЩЕВЫХ ДОБАВОК В ПРОЦЕССЕ ФИЗИЧЕСКОГО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ Помогаева Н.С., Каменский Д.А. 215</p>	<p>РОЛЬ НООТРОПРОВ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ БОЛЕЗНИ ОСЛЕЖЕННЫМ ДИСЦИРКУЛЯТНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ Пулатова Ш.Х. 221</p>
<p>ПРИМЕНЕНИЕ НИЦЕРГОЛИНА (СЕРМИОНА) В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СОСУДИСТЫХ ДЕМЕНЦИЙ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ Пономарева Е.В. 216</p>	<p>СОВРЕМЕННАЯ БИОРЕГУЛЯЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ОСТЕОАРТРИТА Раймуев К.В., Малышев М.Е. 221</p>
	<p>ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ У ЖЕНЩИН С СОЧЕТАННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ/ВГС Рассохин В.В., Боева Е.В., Беляков Н.А. 222</p>
	<p>ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАРКЕРОВ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ИНТРАНАЗАЛЬНЫМИ КОРТИКОСТЕРОИДАМИ И АЛЛЕРГЕН-СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ Реброва С.А., Сергеева Г.Р., Партави М.З. 223</p>

<p>АССОЦИАЦИИ ГЕНОТИПОВ ПОЛИМОРФИЗМА RS1544410 ГЕНА VDR С ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА ИБАНДРОНАТОМ Резниченко Н.А., Адунц А.Г. 224</p>	<p>КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ, ИМЕЮЩИХ ВТОРИЧНЫЙ АА-АМИЛОИДОЗ Румянцева Д.Г., Агафонова Е.М., Красненко С.О., Подряднова М.В., Старкова А.С., Урумова М.М., Эрдес Ш. 230</p>
<p>ВЛИЯНИЕ АНТИОКСИДАНТОВ НА СОДЕРЖАНИЕ ГЛЮКОЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БЕЛЫХ КРЫС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ В УСЛОВИЯХ ЭКЗОГЕННОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ Репина Е.А., Кузнецова В.А., Волкова Н.А., Летин А.В. 225</p>	<p>ВЗАИМОСВЯЗЬ БИОМАРКЕРОВ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ АКТИВНОСТИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА Румянцева Д.Г., Димитрева А.Е., Эрдес Ш. 231</p>
<p>ПРОБЛЕМЫ КОМОРБИДНОСТИ И МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОЙ ПОМОЩИ МЕДРАБОТНИКАМ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ Решетова Т.В., Лаптева Е.С., Джалалова О.Ю. 226</p>	<p>КОРРЕЛЯЦИЯ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ СИСТЕМОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ЦИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Русанова О.А., Гонтарь И.П., Емельянова О.И. 231</p>
<p>ФАКТОРЫ, АССОЦИИРУЮЩИЕСЯ С КРИЗОВЫМ ТЕЧЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ Ризаева М.Ж., Тухтаев Д.А. 227</p>	<p>ТЕЧЕНИЕ, ИСХОД И ПРОГНОЗ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ Савушкина И.А., Филатова О.Н., Овсянников Е.С. 232</p>
<p>ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДОМА У БОЛЬНЫХ С СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ Рогожина А.А., Минушкина Л.О., Алесенко А.В., Гутнер У.А., Шупик М.А., Курочкин И.Н., Малошицкая О.А., Соколов С.А., Спешников Г.И., Затеищников Д.А. 227</p>	<p>ИЗУЧИТЬ ЧАСТОТУ И ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ Сагатов Д.Р. 233</p>
<p>СТРУКТУРА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ Родионова А.Ю. 228</p>	<p>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОКСИТА ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛОАРТРИТЕ Саидрасулова Г.Б., Акрамова Н.Т., Мухаммадиева С.М. 234</p>
<p>ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И УТОМЛЯЕМОСТИ У ПАЦИЕНТОК С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Родионова О.А., Везикова Н.Н. 229</p>	<p>ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ БАЗИСНОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ И ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛОАРТРИТЕ Саидрасулова Г.Б., Мухаммадиева С.М., Мирахмедова Х.Х. 235</p>
<p>АНАЛИЗ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА В УСЛОВИЯХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ СТАЦИОНАРА Романчук Л.Н. 229</p>	

БОЛЕЗНЬ ГОШЕ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ) Сайфутдинов Р.Р., Ахунова Р.Р., Митушева Э.И., Куршаков А.А., Сайфутдинов Р.Г., Сергеев В.А., Сайфутдинова Т.В.	235	АУТОАНТИТЕЛА К ДОФАМИНОВОМУ РЕЦЕПТОРУ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ Симхес Ю.В., Карпов С.М.	243
АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ РОЖЕ Свентицкая А.Л., Красавцев Е.Л., Пасечник С.П., Завялец К.С.	236	РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ И ПАТОЛОГИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Сиротко О.В., Сиротко В.В., Литвяков А.М.	243
ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА РАЗВИТИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА С ОЦЕНКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТОВ Свистун О.В., Бабаева А.Т., Курбанова Э.К.	237	АЛГОРИТМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ СУСТАВНОМ СИНДРОМЕ Сиротко О.В., Сиротко В.В., Мороз О.К., Литвяков А.М.	244
«ТРАНСФОРМИРОВАННЫЙ» ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ МИКРОСПОРИИ ГЛАДКОЙ КОЖИ Селютин О.В.	238	АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА КОГНИТИВНУЮ ФУНКЦИЮ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ Слюсарев А.С., Хачикян Н.С., Цымбалова Е.О., Овсянников Е.С.	246
СПЕЦИФИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ТРОМБООБРАЗОВАНИЯ ПРИ RH-НЕГАТИВНЫХ МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ Сербин А.Н.	238	ПАРАМЕТРЫ ЭХО-КАРДОСКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ДЕФИЦИТОМ ЖЕЛЕЗА Смирнова М.П., Чижов П.А.	247
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ПРИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ Серебровская О.Л.	240	ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК Смирнова Н.Д., Максимова И.Д., Горелов П.А., Григорьева Е.В.	248
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ГИРУДИНОЗА Серебровская О.Л.	240	ПРИМЕНЕНИЕ ИБАНДРАНАТА И ВИТАМИНА Д У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК III СТАДИИ Собиров М.А., Скосырева О.В., Маркушина А.П.	248
ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ МАРКЕРОВ ВИРУСА ГЕПАТИТА В НА ПРИМЕРЕ ИММИГРАНТОВ В СЗФО Серикова Е.Н., Останкова Ю.В., Семенов А.В.	241	ВЛИЯНИЕ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ Соин П.В., Мазуренко С.О.	249
НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ АРТРИТ. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ Сивордова Л.Е., Заводовский Б.В., Полякова Ю.В., Ахвердян Ю.Р., Папичев Е.В.	242		

<p>ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ В СОЧЕТАНИИ С ПРЕПАРАТАМИ ВИТАМИНА D НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СОСУДИСТОГО РУСЛА У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ Соловей С.П., Затолока Н.В., Колядко М.Г. 250</p>	<p>ДИНАМИКА ВЫЯВЛЕННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ ЭПИДЕМИИ Сотскова В.А., Шульдяков А.А. 255</p>
<p>СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПОСОБОВ ПОВЫШЕНИЯ КОМПЛАЕНТНОСТИ ПРИ ЭРАДИКАЦИИ НР-ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЮ Соловьев М.В., Сорокин Н.В. 251</p>	<p>РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА Спицина С.С., Шилова Л.Н., Трофименко А.С., Бедина С.А., Мозговая Е.Э. 256</p>
<p>ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕТЯЖЕЛЫМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ Соловьев М.В., Сорокин Н.В., Гордиенко А.В., Крипак О.Н. 252</p>	<p>ВЛИЯНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ Старчкова Т.Е., Тамбовцева О.А., Овсянников Е.С. 256</p>
<p>ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА. ВНУТРИГОСПИТАЛЬНАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ. ДАННЫЕ АНАЛИЗА РАБОТЫ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЗА 6 ЛЕТ Соловьева М.В., Болдуева С.А. 252</p>	<p>ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРИТА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ НЕЗДОРОВЫМ ФЕНОТИПОМ ОЖИРЕНИЯ Стребкова Е.А., Алексеева Л.И. 257</p>
<p>НЕСТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ И ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР Солодовникова С.В., Шпигун Н.В., Данилова О.И., Литвяков А.М. 253</p>	<p>ВОЗМОЖНОСТИ МР-ЭНТЕРОГРАФИИ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ КРОНА Субботина О.А., Резакова М.В. 258</p>
<p>КРИТЕРИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ПОГРАНИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ОЦЕНКЕ ПОРОГОВ ХОЛОДОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ УШНОЙ РАКОВИНЫ Соломонов Д.В., Левковец И.Л. 254</p>	<p>ИССЛЕДОВАНИЕ ЧАСТОТ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ПОЛИМОРИЗМА RS1107946 ГЕНА COL1A1 СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОЗОМ В СОЧЕТАНИИ С ОСТЕОАРТРОЗОМ Султанова М.Х., Худайназаров А.А. 259</p>
<p>ОСОБЕННОСТИ ЮВЕНИЛЬНОГО АРТРИТА, ПРОТЕКАЮЩЕГО С ПОРАЖЕНИЕМ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ Сорокина Л.С., Аврусин И.С., Раупов Р.К., Карабахян М.М., Гарипова Н.Т., Хрыпов С.В., Чикова И.А., Исупова Е.А., Гайдар Е.В., Дубко М.Ф., Масалова В.В., Лихачева Т.С., Снегирева Л.С., Костик М.М. 254</p>	<p>СКРИНИНГ НЕЦИРРОТИЧЕСКОЙ ГИПЕРАММОНИЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ Сушилова А.Г., Шейко А.Д., Алиева М.К., Чижова О.Ю., Белоусова Л.Н. 260</p>
	<p>ПРИЧИНЫ ОТМЕНЫ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ С РЕФРАКТЕРНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Сыгырта В.С., Глухова С.И., Аронова Е.С., Сатыбалдыев А.М., Лиля А.М. 261</p>

<p>ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НОВЫХ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ Тайжанова Д., Калимбетова А., Толеуова А., Вистерничан О., Бодаубай Р. 262</p>	<p>УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА КАК МЕТОД МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ Ткаченко И.В., Журавлева М.О. 269</p>
<p>РИСК РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА Тайжанова Д., Калимбетова А., Толеуова А., Вистерничан О., Бодаубай Р. 262</p>	<p>ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТРАНЗИТОРНО-ИШЕМИЧЕСКОЙ АТАКОЙ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ Тойынбекова Р.Ж., Бейсенбекова Ж.А., Киспаева Т.Т. 270</p>
<p>ЧАСТОТА ВНЕСКЕЛЕТНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА Тарасова Д.Д., Шилова Л.Н. 263</p>	<p>ОСОБЕННОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛАТЕНТНОГО КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У ПАЦИЕНТОВ С ТРАНЗИТОРНО-ИШЕМИЧЕСКОЙ АТАКОЙ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ Тойынбекова Р.Ж., Киспаева Т.Т., Бейсенбекова Ж.А. 270</p>
<p>ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РАКА ЖЕЛУДКА У ЖИТЕЛЕЙ ПРИРАВНЕННОГО К УСЛОВИЯМ КРАЙНЕГО СЕВЕРА Тарасова Л.В., Эльмурзаева А.А. 263</p>	<p>АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ДИСФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ Токмачев Е.В., Кравченко А.Я., Токмачев Р.Е., Гречкин В.И. 271</p>
<p>РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОБЩИХ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТНИКОВ ГОРНОРУДНОГО ПРОИЗВОДСТВА Ташмухамедова М.К., Ибрагимова Н.У. 265</p>	<p>АНАЛИЗ УРОВНЯ МЕЛАТОНИНА И БИОМАРКЕРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ Токмачев Р.Е., Кравченко А.Я., Токмачев Е.В., Гречкин В.И. 272</p>
<p>ВЛИЯНИЕ АНЕМИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И РАЗВИТИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Тихомиров Е.Г., Воробьева Ю.В., Овсянников Е.С. 266</p>	<p>РОЛЬ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ В ПРОЦЕССАХ СТАРЕНИЯ Тополянская С.В. 273</p>
<p>ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ TNFA И FOXP3 В ПРОГРЕССИРОВАНИИ И РЕЦИДИВИРОВАНИИ САРКОИДОЗА Тихонович Э.Л., Малышева И.Е. 267</p>	<p>БИОЭЛЕМЕНТНЫЙ СТАТУС И РИСК РАЗВИТИЯ ОСТЕОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖИТЕЛЕЙ СЕВЕРА Топорков М.М., Аганов Д.С., Тыренко В.В., Свинцицкая И.С. 274</p>
<p>КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕНИНГИТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИИ Тишкина М.Д., Бизяева Д.М. 268</p>	<p>ВОЛЧАНОЧНОПОДОБНЫЙ СИНДРОМ ОБРАТИМОГО ТИПА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ Трофимов Е.А., Мазуров В.И. 275</p>

<p>НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ АРТРИТЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ Трофимов Е.А., Мазуров В.И. 276</p>	<p>КЛИНИЧЕСКАЯ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, РАЗНООБРАЗНОСТИ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА ПРИ ОСТРОМ НЕ ОБСТРУКТИВНОМ ГНОЙНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ, А ТАКЖЕ ИХ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ Фазылов А.В., Ибрагимов А.Ю., Рахматов А.Т. 283</p>
<p>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ Трофимов Е.А., Мазуров В.И., Шостак М.С., Самигуллина Р.Р., Мельников Е.С., Башкинов Р.А. 277</p>	<p>ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ОЦЕНКА ПРЕДСЕРДНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРИ ПОМОЩИ АЛЬТЕРНАТИВНОГО СПОСОБА, ОСНОВАННОГО НА ОТЕЧЕСТВЕННЫХ СТАНДАРТАХ ИЗМЕРЕНИЯ УЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА Федорец В.Н., Виноградова Л.Г., Гридин А.Н., Александров А.Н., Малахов Н.С., Пашаев Р.З., Шагохина Е.А. 284</p>
<p>ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ИСХОДЫ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПОСЛЕ УСТАНОВКИ ЭВЕРОЛИМУС- ПОКРЫТЫХ СТЕНТОВ ПРИ РАЗНЫХ ФОРМАХ ИБС Трусов И.С., Нифонтов Е.М., Медведев А.Э., Ищенко А.В. 278</p>	<p>ПОКАЗАТЕЛИ АКТИВНОСТИ БОЛЕЗНИ ПРИ ДИФФУЗНЫХ И ЛОКАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Федорович С.Е. 285</p>
<p>ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ СИМПТОМОВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ Трухин Г.Д., Поляков А.С. 279</p>	<p>ЛЕЧЕНИЕ ТЕЛЕАНГИЭКТАЗИЙ В ОБЛАСТИ КОЖИ ЛИЦА ЛАЗЕРОМ НА ПАРАХ МЕДИ Федотова М.В., Ключарева С.В. 286</p>
<p>СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЖЕЛУДКА, ЗНАЧЕНИЕ В ПРАВИЛЬНОЙ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА Тряпицын А.В., Мальков В.А., Гасанов Э.М. 279</p>	<p>ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ Феськова А.А., Дробышева Е.С., Овсянников Е.С., Шаповалова М.М., Перцев А.В. 286</p>
<p>ИЗУЧЕНИЕ ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ Удодов Ф.Ю., Хорошунова М.Е., Гапоненко В.А., Овсянников Е.С. 281</p>	<p>ВЛИЯНИЕ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА НА ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Феськова А.А., Лизина А.Н., Дробышева Е.С., Гречкин В.И. 287</p>
<p>ВНУТРИСЕМЕЙНЫЕ ПРОБЛЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СУСТАВОВ Уколова Л.А., Шубина О.С., Богодерова Л.А., Крашенинина М.П., Попова М.В. 282</p>	<p>ОЦЕНКА БОЛЕВЫХ ПОРОГОВ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕНСИТИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ Филатова Е.С. 288</p>
<p>ВНЕКИШЕЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА Фазылов А.В., Ибрагимов А.Ю., Ахмедов М.А. 282</p>	

ЛОКАЛИЗАЦИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕКМЕНТА ST, ВОЗРАСТ И СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ КАК ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ Филатова О.Н., Савушкина И.А., Овсянников Е.С.	288	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ Ходжанова Т.Р.	293
ВОПРОСЫ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ ГРИППА Филипченко Е.М., Юсупова Д.А., Биджиева С.Х.	289	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБЩЕЙ МАГНИТОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА Ходжанова Т.Р.	294
АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Фомина Е.С., Никифоров В.С.	290	ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИЗКОЧАСТОТНЫХ ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ ИМПУЛЬСОВ ПРИ СПОНДИЛЛОГЕННЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМАХ Ходжанова Т.Р., Киличев И.А.	294
ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК У 1765 ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРИЧЕСКИМ АРТРИТОМ СОГЛАСНО ДАННЫМ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО РЕГИСТРА ПОДАГРЫ ЗА 2014-2019 ГОДЫ Фонтуренко А.Ю., Мазуров В.И., Гайдукова И.З., Петрова М.С., Башкинов Р.А., Инамова О.В.	291	ОПРЕДЕЛЕНИЕ АСПИРИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ Ходжанова Ш.И.	295
ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК Фролов Д.С.	291	КЛИНИЧЕСКОЕ ПИТАНИЕ И ПЕРСОНИФИЦИРОВАННАЯ МЕДИЦИНА Хорошилов И.Е.	296
СОВРЕМЕННЫЕ АППАРАТНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ СТРИЙ В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОКОСМЕТОЛОГА Хаббус А.Г., Ключарева С.В., Белова Е.А., Пирятинская В.А., Нечаева О.С., Тихомирова А.Д., Слободских Е.О.	292	МИКРОБИОМ, ПИТАНИЕ И ЗДОРОВЬЕ Хорошилов И.Е.	296
ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕГО АНАЛИЗА КРОВИ У ЛИЦ, РАБОТАЮЩИХ В ПОДЗЕМНЫХ УСЛОВИЯХ Хмелевская А.А., Хиль Е.Г., Часовских Е.В., Власова В.В., Агафонкина Е.В.	293	НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ КОМОРБИДНОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ВПЕРВЫЕ ПРИЗНАННЫХ ИНВАЛИДАМИ Хорькова О.В.	297
		ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 И 2 ТИПОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ Хохлова Ю.А.	298
		ОПРЕДЕЛЕНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Хохлова Ю.А., Курманова А.Т.	298
		СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКОВ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ Хохлова Ю.А., Курманова А.Т.	299

НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ Худайберганаев Н.Ю., Полвонов Р.О.....	300	ВЛИЯНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ Шаповалова М.М., Дробышева Е.С., Овсянников Е.С., Перцев А.В., Феськова А.А.....	305
ВЗАИМОСВЯЗЬ ФЕНОТИПОВ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ И НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ Цапкова В.А., Кондрючая Н.С., Захаров Ю.В., Давыдов С.И., Бабаева А.Р.....	300	ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ФАГОЦИТИРУЮЩИХ МАКРОФАГОВ У ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ ГУ «ЛГМУ» С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГАСТРОБИЛИОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ Шатохина Я.П., Соцкая Я.А.....	306
ПРОБЛЕМА ТРЕВОЖНОСТИ И НЕВРОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ХИМИОТЕРАПИИ Черников А.Ю., Манахова Д.В.....	301	РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА БРАДИЭНТЕРИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СМЕРТНОСТИ Шемеровский К.А., Юров А.Ю., Селиверстов П.В., Бакаева С.Р., Бочкарёв М.В.....	307
ПЕРЕДОЗИРОВКА КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ВСЛЕДСТВИЕ МНОГОКОМПОНЕНТНОЙ ТЕРАПИИ: РЕЗУЛЬТАТЫ РЕГИСТРА «ГРОЗА» (2017-2018 ГГ.) Чернышева М.Б., Никулина Н.Н.....	302	ВОЗРАСТНАЯ КОРРЕЛЯЦИЯ УРОВНЯ ИОНИЗИРОВАННОГО КАЛЬЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ Шилов В.В., Вершинин А.А., Гусейнов Г.Э.....	308
МЕДИКАМЕНТОЗНО ОБУСЛОВЛЕННАЯ БРАДИКАРДИЯ КАК ВЕДУЩАЯ ПРОБЛЕМА ПОСЛЕДНИХ ЛЕТ: РЕЗУЛЬТАТЫ ГОСПИТАЛЬНОГО РЕГИСТРА «ГРОЗА» Чернышева М.Б., Никулина Н.Н.....	302	ФАКТОРЫ РИСКА УХУДШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Шипилова Д.А., Нагибович О.А.....	309
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПОСТОПЕРАЦИОННОЙ БОЛИ ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ ПО ЭКСПРЕССИИ ГЕНОВ В КРОВИ ПЕРЕД ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕМ Четина Е.В., Глемба К.Е., Маркова Г.А., Таскина Е.А., Макаров М.А.....	303	ЯТРОГЕНИИ И ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ Шишкин А.Н.....	309
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Чижов П.А., Иванова Ю.И., Бобкова Л.П.....	304	МОДИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ПРИ ПРИЕМЕ АТОРВАСТАТИНА Шолкова М.В., Доценко Э.А.....	310
ПРИЧИНЫ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ И ОСОБЕННОСТИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ СХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА Шаповалова А.Б.....	305	РАССТРОЙСТВО ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЦЕЛИАКИЕЙ Шомин А.В., Орешко Л.С., Семенова Е.А.....	311
		АНАЛИЗ ПОСТАНОВКИ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА СРЕДИ БОЛЬНЫХ ЦЕЛИАКИЕЙ Шомин А.В., Орешко Л.С., Семенова Е.А.....	311

<p>РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА KSNJ11 В ФОРМИРОВАНИИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ОТВЕТА НА ТЕРАПИЮ МЕТФОРМИНОМ У ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Шорохова П.Б., Баранов В.Л., Ворохобина Н.В., Матезиус И.Ю.....</p>	312	<p>КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА РАЗНЫХ СРОКАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ Юдин В.А., Один В.И., Инамова О.В., Жигулина А.И., Долбилина С.А.....</p>	318
<p>ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И НОВЕЙШИЕ ТЕНДЕНЦИИ ТЕРАПИИ Шулутко Б.И., Макаренко С.В.....</p>	313	<p>ВЫЯВЛЕНИЕ СВЯЗИ МЕЖДУ ПОРАЖЕНИЕМ КОЖИ И СВОЕВРЕМЕННОСТЬЮ ДИАГНОСТИКИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ Юдкина Н.Н., Волков А.В., Николаева Е.В.....</p>	319
<p>ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ХОЛАНГИТА НА ДОЦИРРОТИЧЕСКОЙ СТАДИИ Шульпекова Н.В., Русяев В.Ю., Шептулин Д.А., Шульпекова Ю.О., Широкова Е.Н., Жаркова М.С., Ивашкин В.Т.....</p>	314	<p>МИКОГЕННАЯ АЛЛЕРГИЯ. КЛИНИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ Юновидова А.А., Соболев А.В., Климко Н.Н.....</p>	320
<p>АНАЛИЗ РАБОТЫ ОТДЕЛА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И ЭВАКУАЦИИ БОЛЬНЫХ КРУПНОГО СТАЦИОНАРА В МЕГАПОЛИСЕ Щербак Л.Л., Улюкин И.М., Холмская Т.В., Орлова Е.С.....</p>	314	<p>ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У МУЖЧИН В ВОЗРАСТЕ ДО 45 ЛЕТ С ПРЕГИПЕРТЕНЗИЕЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С НИЗКИМ И СРЕДНИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Яковлев В.В., Дыдышко В.Т., Барсуков А.В., Яковлев В.А., Васильев В.Н.....</p>	321
<p>УЗЛОВАТАЯ ЭРТЕМА: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ Щербаков Г.И.....</p>	315	<p>НЕЙРОПАТИЧЕСКАЯ БОЛЬ В РЕАЛЬНОЙ АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ Яковлева Е.В.....</p>	321
<p>ОСОБЕННОСТИ АНТИКОАГУЛЯНТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ: ОТ КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ ДО ПРАКТИКИ Эрлих А.Д.....</p>	316	<p>БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, НАПРАВЛЕННЫХ НА ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ В БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ Ямщикова Т.Ю., Столов С.В., Самсонова Т.И., Грачева Е.В., Макарова О.В., Углева Е.М.....</p>	322
<p>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ Эрлих А.Д., Ткаченко К.Г., Атаканова А.Н.....</p>	317	<p>ДИАРЕЯ, АССОЦИИРОВАННАЯ С CLOSTRIDIUM DIFFICILE, У ПАЦИЕНТОВ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА Ярушина Я.Н., Колотова Г.Б., Руднов В.А., Багин В.А.....</p>	323
<p>СМЕШАННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ: ТРУДНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ) Юдин В.А., Один В.И., Инамова О.В., Жигулина А.И.....</p>	317		