

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



Всероссийский терапевтический конгресс
с международным участием

БОТКИНСКИЕ ЧТЕНИЯ

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

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Санкт-Петербург
2022

Научное издание

Всероссийский терапевтический конгресс с международным участием
БОТКИНСКИЕ ЧТЕНИЯ

Сборник тезисов: / Под редакцией: академика РАН Мазурова В.И.,
доцента Трофимова Е.А.
СПб.: 2022. – 274 с.

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

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

ISBN 978-5-6046956-2-3

АУТОИММУННЫЙ ГЕПАТИТ

Абдиева Ю.А., Мидасов М.М.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель. Осветить сложности своевременного распознавания и ведения больных аутоиммунным гепатитом.

Методы. Вашему вниманию предлагаем описание клинического случая аутоиммунного гепатита.

Больная М, 46 года, 12 сентября 2016 года поступила в инфекционное отделение с жалобами на выраженную желтушность «лимонный цвет» кожных покровов, быструю утомляемость, одышку при ходьбе, дискомфорт в правом подреберье, изжогу, отрыжку после приема пищи, головокружение. Считает себя больной с июня 2016 года, когда впервые появилась темная моча цвет «пива». Общее состояние при поступлении средней тяжести. Результаты анализов показали высокий уровень АЛТ-500 и АСТ-450 билирубин 300. УЗИ-диффузное изменение печени калькулезный холецистит камни 1-2 мм, анализ крови на HBsAg отр., кровь на Геп.В, Геп.С.-отрицательный. Был поставлен диагноз: Гепатит неизвестной этиологии. Несмотря на проведенное инфузионную терапию в течении 10 дней ферменты печени и билирубин неуклонно повышались. В инфекционном отделении в связи с ухудшением состояния (билирубин 350-400) и в связи отсутствием у больной данных за вирусный гепатит срочно вызван консилиум в составе онколога, хирурга, гематолога, инфекциониста, но патологии со стороны каких-либо других систем обнаружено не было. Больная была переведена гастроэнтерологическое отделение. Назначены высокие дозы преднизолона по схеме начиная с 8 таб./сут., альбумин, гептрал в/в., урсасан по 1 таб 3 раза в день., в/в глюкоза с аскорбиновой кислотой, дюфалак. После проведенного лечения состояние больной улучшилось ферменты и билирубин приблизились двухкратной норме. После выписки из стационара на протяжении около одного месяца больная не принимала преднизолон и в связи с чем был рецидив. На УЗИ – диффузные изменения печени, характерные для цирроза. Признаки портальной гипертензии. Расширение v.porta и ее ветвей. Спленомегалия, размеры селезенки – 18*6,8 см, S – 106 см². По данным фибросканирования печени – 20,9 F4-F3.(2016-11-10). В общем анализе крови – лейкопения, анемия, тромбоцитопения. В БАК – АЛТ – 40 мкмоль, АЛТ – 20,5 мкмоль, увеличение фракции гамма – глобулинов. На иммунограмме – определение ЦИК, в анализе на определение наличия аутоантител – выявление ANA антител. Больной назначена терапия иммуносупрессорами (азотиоприн), гкс (преднизолон), гепатопротекторами (гептрал), гемостатиками

(викасол). По данным фибросканирования печени за дату 2017-05-20 – 15,7 F3-F2; за дату 2018-01-24 – 9,7 F2-F3; за дату 2018-07-05 – 9,5 F2-F3.

Выводы. Представленные данные показывают сложность диагностики и ведения больных с данной патологией. Диагноз ставится методом исключения и имеет решающее значение во врачебной тактике. Лечение основано на использовании иммуносупрессоров, назначаемых, дополнительно к терапии глюкокортикостероидами. В 80% случаев лечение приводит к полной ремиссии и нормальной продолжительности жизни. При отсутствии терапии прогрессирует с исходом в цирроз печени.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У РАБОТНИКОВ ВРЕДНЫМИ УСЛОВИЯМИ ТРУДА

Абдиева Ю.А., Ташмухамедова М.К.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Введение. Современное производство характеризуется качественными переменами, связанными с расширением инновационных процессов в производстве и новыми требованиями к человеческим ресурсам.

Решение проблемы сохранения и улучшения здоровья работников возможно только в условиях социального партнерства совместных действия работодателя и органов здравоохранения.

С целью решения выше указанной проблемы сотрудниками кафедры профзаболеваний Ташкентской Медицинской Академии, МСЧ №3 НГМК г. Зарафшана и администрацией ЦРУ НГМК проводится динамическое наблюдение за состоянием здоровья работающих в основных производствах ЦРУ НГМК на руднике «М».

Цель. Изучение динамики и структуры заболеваемости у работников горнорудной промышленности.

Материалы и методы. Нами было проведено ретроспективный анализ заболеваемости по данным первичного медицинского осмотра (ПМО) и по данным амбулаторных карт работников предприятия.

Результаты. При анализе полученных результатов выявлено что в возрастном аспекте преобладающей группой являются работающие старше 50 лет и являются пациентами группы риска (D_2) и обоснованно находятся под динамическим наблюдением и нуждаются в за состоянием здоровья проведении им лечебно- профилактических мер с целью сохранения их здоровья и продления жизни.

По стажу работы во вредных условиях труда также преобладали стажированные работники т. е. стаж работы во вредных условиях труда у 72% осмотренных составлял более 20 лет.

Профессиональный состав указывает на преобладание определенных профессии. У 12 человек во время медицинского осмотра патология не выявлено и они признаны здоровыми.

Таким образом результаты очередного углубленного медицинского осмотра показывают, что в структура выявленной патологии и в предыдущие годы у работников вредных профессии преобладают заболевания сердечно сосудистой системы (52%) и на втором месте заболевания опорно-двигательного аппарата (31%). Кроме того обращает на себя внимание тот факт у большинства обследованных имело место сочетание чаще 2 х патологии т.е. сердечно-сосудистая патологии и заболевания опорно-двигательного аппарата в частности остеохондроз поясничного отдела позвоночника.

При анализ клинического течения выявленной патологии в динамики у обследованных на Руднике «М» прогрессирование заболеваний не отмечено а также случаев подозрения на профзаболеваний не выявлено.

Наряду с этим по результатам очередного периодического осмотра на руднике «М» с целью профилактики прогрессирования заболеваний и сохранения их здоровья только 7 рабочим сделано соответствующие заключение о противопоказаниях по трудоустройству.

Вывод. Выше изложенное еще раз указывает на тот факт, что динамическое наблюдение за работающими во вредных условиях труда способствует своевременному проведению лечебно-профилактических мероприятий по профилактике прогрессирования заболеваний и сохранено квалифицированных работников.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СТАТИНОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Абдуазизова Н.Х., Мухаммадиева С.М.,
Солихов Б.М., Жаксымуратова Х.Т.,
Эргашев Ш.Б., Самарахонова Ш.Ж.,
Ганиева Н.А., Арипова Н.А.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучить эффективность статинов при нарушении липидного обмена у больных ревматоидным артритом.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 60 пациентов с РА в возрасте от 18 до 76 лет, среди которых женщин было 48, мужчин 12. У пациентов с РА оценивали сустановной статус: количество припухших и болезненных суставов с определением индекса Ричи, длительность утренней скованности, выраженность функциональной недостаточности суставов. Проводилась оценка выраженности болей в суставах и общего состояния с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Активность РА оценивали с помощью суммарного индекса активности по DAS 28. Лабораторное исследование включало клинический анализ крови, биохимическое исследование крови, общий холестерин, триглицериды, ЛПВП, ЛПНП, АЦЦП, С-реактивный белок. Больные были разделены на 3 группы: 1-ая группа (20 больных) – получала метотрексат в дозировке 7,5-15 мг в неделю, мелбек 5-15 мг в сутки; 2-ая группа (20 человек) получала НПВП+плаквенил в дозировке 200-400 мг в сутки, 3-я группа (20 пациентов) получали БПВП+розувастатин (10-20 мг в сутки).

Результаты и обсуждение. У больных проведено сравнение степени выраженности нарушения ЛП со специфическими параметрами РА. Высокая активность по DAS 28, ВАШ, АЦЦП позитивность (27,5%), повышение С-реактивного белка и выраженное нарушение ЛП выявлялись у больных 1-ой и 2-ой группы с РА. У больных 2-ой группы высокая активность встречалась в 2 раза чаще. При нарастании тяжести РА увеличилась выраженность нарушения ЛП. III степень активности РА наблюдалась в 19,7% случаев, у этих больных соответственно увеличились ЛПНП, СОЭ, С-реактивный белок, I степень активности РА наблюдалась в 13,5% и ЛПНП 1,5 раза соответственно было ниже. Сравнение лабораторных данных показало, что нарушение показателей ЛП крови встречалось у более молодого и среднего возраста (21,5%). У этих больных в крови в 1,5 раза было повышение уровня ЛПНП и триглицеридов, а уровень ЛПВП был ниже соответственно, это говорит о том, что у этих больных быстрее развивается атеросклероз. В динамике через 6 месяцев и год, больным повторно проводилось лабораторно-инструментальное обследование. Положительная динамика встречалась у 3-ей группы пациентов.

Выводы. Своевременная диагностика нарушения липидного профиля приводит к снижению кардиоваскулярной патологии у больных РА. Применение статинов в комплексной терапии оказывает положительное влияние на клинико-лабораторные показатели и улучшает качество жизни больных.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИТОПРЕПАРАТА В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С РЕСПИРАТОРНЫМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Абдуллаев А.Х.^{1,2}, Арипов Б.С.¹, Аляви Б.А.^{1,2},
Таджиходжаева Ю.Х.¹, Турсунбаев А.К.²

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

²Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучить эффективность фитопрепарата в лечении и реабилитации трахеобронхита на фоне респираторной вирусной инфекции.

Материалы и методы. Наблюдали больных, страдающих респираторной вирусной инфекцией (РВИ), осложненной трахеобронхитом: I-я (основная) и II (контрольная) группы, по 24 пациента с температурой тела ниже 38°C; частотой дыхательных движений менее 22 в мин; насыщением крови кислородом (SpO₂) более 95%; отсутствием одышки, клинической и аускультативной картины пневмонии. Эффективность лечения и дальнейшей реабилитации оценивали в баллах (0-3): кашель, мокрота, интоксикация и общее самочувствие по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) исходно, через три дня от начала терапии, через неделю после начала терапии и к концу второй недели. Пациенты I группы получали традиционное стандартное симптоматическое лечение, а II группы дополнительно получали фитопрепарат в течение двух недель, по 2 таблетки 3 раза в день, за 5-10 минут до еды.

Результаты и обсуждение. Трахеобронхит проявлялся кашлем (сухим или со скудной слизистой мокротой), чувством жжения, заложенности в груди. Кашель у пациентов II группы уменьшался уже к третьему дню лечения, в то время как у пациентов основной группы – ближе к седьмому дню. Аналогичная динамика получена и при анализе отхождения мокроты. У больных, получавших фитопрепарат, также раньше отмечалась благоприятная динамика. Интоксикационный синдром у пациентов II группы значительно уменьшился уже через 3 дня. Оценка самочувствия с использованием метода ВАШ выявила достоверную разницу в улучшении самочувствия в группе фитопрепарата, особенно на третий день лечения. В основной группе эти изменения выявлены в более поздние сроки. Менее 14 дней лечение принимали 7 пациентов (29,2%) из II группы. Из них 3 пациента (42,8%) были исключены из исследования, в связи с выздоровлением и отказом от дальнейшего лечения.

Побочные реакции фитопрепарата, в состав которого входят девясил, аир болотный, алоэ, гвоздичное дерево, анис, душица обыкновенная, золотой корень, шиповник, валериана, мята перечная, не выявлены. Он уменьшает гиперсекрецию мокроты и отек, а также деструкцию тканей, поддерживает функции бронхолегочной системы, стимулирует неспецифический иммунитет. Может применяться как вспомогательное лекарственное средство при продолжительной антибиотикотерапии хронических инфекционных заболеваний, сопровождающихся снижением иммунитета, как общеукрепляющее средство и в качестве дополнительного источника витаминов, фитонцидов, аминокислот. Все это указывает на положительную роль фитопрепарата, как в лечении, так и в реабилитации бронхитов. Как известно вирусы, способные вызывать тяжелые пневмонии, такие как MERS-CoV и SARS-CoV-2 (возбудитель новой коронавирусной инфекции COVID-19), могут протекать как ОРВИ. Любой случай ОРВИ (температура тела выше 37,5°C и один или более из следующих признаков: кашель – сухой или со скудной мокротой, одышка, ощущение заложенности в грудной клетке, SpO₂ ≤ 95%, боль в горле, насморк и другие катаральные симптомы) при отсутствии других известных причин, которые объясняют клиническую картину вне зависимости от эпидемиологического анамнеза, считается подозрительным на COVID-19.

Вывод. Примененный фитопрепарат способен значительно облегчить симптомы трахеобронхита на фоне вирусной инфекции, а также ускорить их исчезновения, что может быть основой для рекомендаций включения его в схему лечения и реабилитации бронхитов при РВИ.

О РЕЗУЛЬТАТАХ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Абдуллаев М.А., Набиев Т.А.

Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр
дерматовенерологии и косметологии,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучение эффективности использования иммуномодулирующего препарата интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный при комплексном лечении пациентов с папилломавирусной инфекцией с строконечными кондиломами (ОК).

Материалы и методы. В исследование вошли больные (120) с морфологически верифицированными, получавшие комплексное лечение, включающее применение иммуномодулирующего препарата с противовирусной активностью (интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный), фототермолизис ОК с применением импульсного Nd:YAG-лазера от 2-х до 4-х процедур с интервалами 7 дней и местно мазь (3% – диоксотетрагидрогкситетрагидронафталин) (2 раза в день в течение 30 дней) (основная группа). Больные контрольной группы получали стандартное лечение: электрокоагуляция/криодеструкция, противовирусные препараты (ацикловир), местно мазь (3%-диоксотетрагидрогкситетрагидронафталин). Проводили необходимые исследования с мониторингом вируса папилломы человека (ВПЧ) высокого канцерогенного риска.

Результаты и обсуждение. Неудовлетворительные результаты традиционных методов лечения ОК стали причиной поиска новых более эффективных методов диагностики, лечения и профилактики рецидива этого заболевания. Больные в основном жаловались на появление выростов и высыпаний на различных участках тела. Только 2 (1,7%) больных отметили легкий зуд вокруг образований, в основном при перианальном расположении ОК. Элементы ОК были представлены эпидермальными папулами не воспалительного характера, с четкими границами, веррукозной поверхностью, располагались на видимо здоровой поверхности кожи. У обследованных групп больных наблюдалось достоверное увеличение относительного числа CD19-клеток по сравнению с таковыми у здоровых ($p < 0,001$) при достоверном снижении содержания иммуноглобулинов (Ig)A ($p < 0,05$) и IgM ($p < 0,05$) и увеличении IgG ($p < 0,001$). Наиболее выраженные изменения были выявлены при определении количества циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), уровень которых увеличился 1,7 раза по сравнению с нормой ($p < 0,001$). При ПВИ отмечено достоверное снижение концентрации интерферона (ИНФ)- α ($p < 0,001$) и ИНФ- γ ($p < 0,001$). У больных с ОК выявили отклонения в функционировании системы иммунитета и цитокинового статуса. Регресс элементов ОК у пациентов основной группы отмечался на $6,9 \pm 0,16$ день, а у больных контрольной группы на $10,1 \pm 0,18$ день. Под влиянием комплексной терапии наблюдалось статистически достоверное снижение содержания CD19-клеток ($17,69 \pm 0,30\%$, $p < 0,01$) по сравнению с показателями до лечения ($21,25 \pm 0,19\%$). Уровни IgA и IgM в сыворотке крови были достоверно повышены по сравнению с данными до лечения, а концентрация IgG была статистически достоверно снижена по отношению к данным до лечения ($p < 0,01$). Наряду

с этим отмечалась достоверное снижение уровня ЦИК в сыворотке крови после лечения по сравнению с данными до лечения. У всех обследованных больных основной группы отмечалось полное клиническое выздоровление и наблюдение за ними в течение 1 года не выявило рецидивы заболевания. Метод лечения ОК открывает новые возможности для улучшения ближайших и отдаленных результатов лечения этой патологии.

Выводы. Результаты исследования показывают, что разработанный комплексный метод терапии больных ОК способствует выраженному восстановлению выявленных нарушений в иммунной системе организма, способствует более ранней эпителизации ран на слизистых оболочках и на коже, чем при традиционном методе лечения. Метод является неинвазивным и не приводит к появлению травматических очагов с аутоинокуляцией.

АСТЕНИЧЕСКИЕ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ

Адамбаев З.И.¹, Нуржонов А.Б.²

¹Ургенчский филиал

Ташкентской медицинской академии,

²Хорезмский областной многопрофильный медицинский центр,

г. Ургенч, Республика Узбекистан

Актуальность. Неврологические осложнения коронавирусной инфекции COVID-19 в виде постковидного синдрома крайне разнообразны. Среди них выделяются астенические и когнитивные нарушения (КН).

Цель исследования. Изучение когнитивных нарушений у пациентов, перенесших COVID-19.

Материалы и методы. Проведено нейропсихологическое исследование 28 пациентов перенесших COVID-19. Их них 17 женщин и 11 мужчин, средний возраст которых составил $43,6 \pm 1,5$ года. Надо отметить, что до перенесенного COVID-19 больные были практически здоровы. Постковидную астенизацию у больных определяли по Визуальной шкале субъективной оценки пациентом переносимости физической нагрузки (ВШПФН) (Borg G.A., 1982; вопросник валидирован), в которой выполнение физической нагрузки без каких либо усилий оценивали в 6 баллов, а прикладывание максимальных усилий – 20 баллов. Когнитивные функции исследовались с помощью методик: шкала MMSE, лобная батарея тестов, тест рисования часов, определение незавершенных предметов.

Результаты. При исследовании астенизации по шкале ВШПФН у большинства (25) больных выявлялись снижение переносимости к физической нагрузке от 9 до 15 баллов, в среднем $12,6 \pm 1,0$ балл.

При исследовании когнитивных функций у наших больных мы выявили, что при выполнении тестов шкалы MMSE были выявлены следующие результаты. Тест на копирование рисунка выполняли неправильно 32,1%. У больных возникали затруднения при повторении сложной фразы. У 28,6% больных серийный отсчет оказался нарушен. 13 пациентов при выполнении задания допускала множество ошибок, но при указании на них старалась исправить. 10 больных, начиная с правильного ответа, сбивались на стереотипные ошибочные ответы, не замечая ошибок. Анализ результатов лобной батареи показал, что у половины больных выявляли нарушение произвольного воспроизведения мнестического материала при попытке назвать с закрытыми глазами слова на букву «с». При выполнении трехэтапной двигательной программы у 9 больных возникали трудности. У большинства больных (у 18) отмечалось снижение показателя теста на концептуализацию: отмечалась общая рассеянность, трудность сосредоточения, легкая отвлекаемость, нарушения понимания логико-грамматических конструкций и сравнительных отношений. Расстройства зрительного гнозиса выявлялись в усложненных условиях (в тестах на определение незавершенных предметов). У 5 обследованных снижался результат теста рисования часов. Основными ошибками при выполнении данного теста у больных были неправильное расположение цифр циферблата, неодинаковое расстояние между цифрами.

Таким образом, у больных, перенесших короновиральную инфекцию постковидный синдром характеризовался астеническими и когнитивными нарушениями.

ВЫРАЖЕННОСТЬ АСТЕНИЧЕСКИХ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНОВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ COVID-19

Адамбаев З.И.¹, Нуржонов А.Б.²

¹Ургенчский филиал

Ташкентской медицинской академии,

²Хорезмский областной многопрофильный медицинский центр,

г. Ургенч, Республика Узбекистан

Актуальность. Неврологические проявления постковидного синдрома представлены в большин-

стве случаев астеническими и когнитивными нарушениями (КН). Учитывая, что в последнее время все резервы здравоохранения были направлены на борьбу с пандемией, состояние пациентов, перенесших COVID-19, изучалось не так активно.

Цель исследования. Изучение особенностей астенических и когнитивных нарушений у пациентов с разной степенью тяжести проведенного COVID-19.

Материалы и методы. Проведено нейропсихологическое исследование у пациентов перенесших COVID-19. Было исследовано 28 пациентов (17 женщин и 11 мужчин), средний возраст которых составил $43,6 \pm 1,5$ года. Пациенты были разделены на три группы пациентов: первая группа – пациенты, перенесшие COVID-19 в легкой форме, получавших лечение на дому – 10 обследуемых, вторая группа – пациенты, перенесшие COVID-19 в средней форме, получавших стационарное лечение – 10 обследуемых, третья группа – пациенты, перенесшие COVID-19 в тяжелой форме, получавших лечение в палатах интенсивной терапии – 8 обследуемых. Надо отметить, что до перенесенного COVID-19 больные были практически здоровы. Для исследования КН были использованы краткая оценка психического состояния (MMSE) и Когнитивные вызванные потенциалы (КВП) P300. Постковидную астенизацию у больных определяли по Визуальной шкале субъективной оценки пациентом переносимости физической нагрузки (ВШПФН) (Borg G.A., 1982; вопросник валидирован), в которой выполнение физической нагрузки без каких либо усилий оценивали в 6 баллов, а прикладывание максимальных усилий – 20 баллов.

Результаты. При анализе результатов шкалы MMSE у пациентов первой группы средний балл составил $25,6 \pm 0,5$ балла, во второй группе – $22,6 \pm 0,6$ балла, в третьей – $18,8 \pm 0,7$ балла. Полученные данные указывают, что с увеличением тяжести течения ковидной инфекции КН по шкале MMSE имеются тенденцию к ухудшению. По результатам КВП P300 показатели в 1-й группе составили $347,4 \pm 3,7$ мс, во второй – $359,6 \pm 5,2$ мс, в третьей – $377,7 \pm 6,7$ мс. Анализ результатов по КВП P300 показал, что показатели КВП также ухудшаются по мере увеличения тяжести течения ковидной инфекции у больных. При выявлении постковидной астенизации у больных по шкале ВШПФН было выявлено, что в 1-й группе степень астенизации составило $8,7 \pm 1,0$ баллов, во второй – $9,6 \pm 1,5$ балла, в третьей – $13,6 \pm 1,7$ балла. По полученным данным, также видно ухудшение показателей ВШПФН по мере ухудшении тяжести проведенной короновиральной инфекции.

Заключение. У пациентов, перенесенных короновирусную инфекцию степень выраженности проведенного инфекционного заболевания отражается в прямой зависимости выраженности неврологических проявлений постковидного синдрома в виде астенических и когнитивных нарушений, имеющую тенденцию к ухудшению от легкой степени к тяжелой.

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПАТОГЕНЕЗ У БОЛЬНЫХ С АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

Азимова Ф.В., Мавлянова З.Н.

Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр
дерматовенерологии и косметологии,
Ташкент, Республика Узбекистан

В последнее время отмечается увеличения заболеваемости с андрогенной алопецией среди молодого поколения. Исследованиями доказано, что прогрессирующее облысение волосистой части головы у мужчин при андрогенной алопеции является результатом трансформация терминальных фолликулов крупных пигментированных волос в мелкие фолликулы, которые образуют короткие, тонкие, гипопигментированные пушковые волосы – веллус, что обусловлено воздействием мужских половых гормонов.

Патогенез АГА рассматривают с нескольких проекций: андрогенной и генетической. Наследование по аутосомно-доминантному типу детерминирует увеличение чувствительности рецепторов волосяных фолликулов к андрогенам или изменение в метаболизме андрогенов, что ведет к повышению уровня фермента 5 α -редуктазы, который метаболизируется в 5 α -редуктазный дигидро-тестостерон, который в свою очередь связывается с рецептором андрогенов, после чего комплекс «гормон-рецептор» активирует гены. При этом увеличение плотности рецепторов, чувствительных к андрогенам, носит локальный характер, так как у большинства пациенток показатели андрогенов в периферической крови в пределах нормы. У пациентов с андрогенной алопецией имеется риск сердечно-сосудистых нарушений. Поэтому важное значение представляет исследование липидного спектра организма у больных андрогенной алопецией.

Цель исследования. Изучить состояние липидного спектра в крови у лиц мужского пола с андрогенной алопецией с оценкой сердечно-сосудистым риском.

Материал и метод исследования. Исследованы 21 пациент в возрасте от 21 до 65 лет. Контрольная группа состояла из 7 человек, репрезентативных по возрасту и полу. Согласно классификации Норвурда-Гамильтона, II степень андрогенной алопеции отмечалась у 10% лиц мужского пола и выражалась в небольших залысинах в области лба, III степень – у 32,6% и выражалась в выраженных залысинах в области лба; III-IV степени – у 31,8%, при котором отмечалось выпадение волос не только в области лба, но и теменной области; IV-V степени – у 25,6% мужчин и наблюдалось слияние очагов выпадения волос теменной и лобной областях волосистой части головы. У 70% из 21 пациентов отмечалось железодефицитная анемия и у 56% больных диффузный зоб. Пусковыми факторами являются нервный стресс. Всем пациентам была проведена видеотрихоскопия волосистой части головы которая определяет не только биоритм волос но и степень атрофии волосяных фолликул. Так, при II-III степени плотность волос в теменной области была $211,2 \pm 10,3\%$, при III-IV – $108,9 \pm 8,2\%$, тогда как аналогичные показатели в контрольной группе составляли $246,9 \pm 6,8\%$. Фототрихограмма показала наличие большого количества веллусоподобных волос – более 55%. Волосяные фолликулы у 27% пациентов были атрофированными. Результаты исследования.

Результаты. Результаты исследования липидного спектра показали повышение уровня липопротеидов низкой плотности – в 1,4 раза и липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) в 1,5 раз по сравнению с показателями контрольных лиц и в среднем составили $0,7 \pm 0,05$ ммоль/л и $1,6 \pm 0,1$ ммоль/л (в контрольной группе ЛПНП $-0,5 \pm 0,1$ и ЛПВП $-1,1 \pm 0,2$ ммоль/л) соответственно. Полученные данные имели статистически достоверный характер.

Выводы. Анализ полученных результатов свидетельствует о том, что у больных андрогенной алопецией отмечается дисбаланс в липидном спектре, характеризующийся повышением содержания липопротеидов низкой и высокой плотности в 1,5 раза по сравнению с показателями контрольных лиц. Полученные данные свидетельствуют что пациенты андрогенной алопецией имеют более высокий риск развития сердечно-сосудистых заболеваний так как ЛПНП считаются ключевыми факторами риска развития сердечно-сосудистых нарушений а уровень ЛПВП обратно пропорционален последнему. Исследования продолжаются.

РОЛЬ МАРКЕРОВ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНТЕНСИВНОСТИ ФИЗИЧЕСКИХ АЭРОБНЫХ УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ УСТАЛОСТИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Александров А.В.^{1,2}, Александров В.А.^{1,2},
Никитин М.В.³

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

²Волгоградский государственный
медицинский университет,
г. Волгоград,

³Национальный медицинский исследовательский
центр реабилитации и курортологии,
Москва

Цель исследования. Оценить динамику показателей липидного обмена и хронической усталости в зависимости от интенсивности аэробных упражнений при проведении постгоспитальной реабилитации (ПР) больных ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы. В исследование были включены 111 женщин с РА (средний возраст 54,4±11,03 года, средняя длительность болезни 11,9±9,3 лет, показатель DAS28-СОЭ 2,84 [2,32; 3,05] балла; средний уровень усталости по VAS 71,6±8,93 балла), прошедших 3-х недельную программу ПР, основным компонентом которой были аэробные физические упражнения (дозированная ходьба, ежедневно, продолжительность до 1 часа) и прогулки на воздухе до 3-3,5 ч в день. Оценку утомляемости проводили с использованием Британской шкалы усталости при ревматоидном артрите – числовая шкала оценки (BRAFF-NRS V2). Тест ходьбы на 50 метров использовали для оценки функционального состояния пациентов в динамике. Интенсивность и продолжительность физической нагрузки сопоставляли с уровнем в сыворотке крови свободных жирных кислот (СЖК), триглицеридов (ТГ) и ангиопоэтин-подобного белка 4 типа (АППБ4).

Результаты и обсуждение. После завершения ПР у больных РА наблюдалось достоверное снижение аспектов усталости по шкалам NRS-степень тяжести (p=0,003), NRS-эффект (p=0,037); отмечено снижение времени, затраченного пациентами при выполнении теста ходьбы на 50 м (p=0,01); определялось увеличение концентрации АППБ4 (p<0,02), СЖК (p<0,01) и снижение уровня ТГ (p<0,05) в сыворотке крови. Была выявлена достоверная корреляция между АППБ4 и СЖК (r=0,54, p<0,02), но не с ТГ (r=-0,18, p>0,05). Увеличение

сывороточного АППБ4 при выполнении физических упражнений может быть опосредовано повышенным содержанием СЖК в сыворотке крови и усилением процессов окисления липидов. Ранее было показано, что мышечная ткань, наряду с печенью и жировой тканью вносят существенный вклад в увеличение циркулирующего АППБ4 при выполнении физических упражнений.

По результатам первого этапа исследования пациенты (n=102) были разделены на две группы: в группу I (n=53) были включены пациенты, проходившие <5-6 тысяч шагов/день (малоподвижный образ жизни), в группу II (n=49) – пациенты, проходившие ≥7-8 тысяч шагов/день (подвижный образ жизни). По завершению ПР именно во II-ой группе больных РА отмечено существенное улучшение физических показателей (сокращение времени ходьбы и количества шагов в 50-метровом тесте: p<0,001 и p=0,013, соответственно) и достоверное снижение аспектов усталости по всем шкалам: по VAS (p<0,001), по NRS-степень тяжести (p<0,001), по NRS-эффект (p<0,001) и по NRS-преодоление (p=0,001). В I-ой группе, наоборот, было отмечено увеличение усталости по VAS (p=0,008) и NRS-эффект (p=0,01). Межгрупповых различий среди показателей липидного обмена до и после ПР обнаружено не было (p>0,05).

Выводы. Дозированная аэробная физическая нагрузка (ходьба ≥7-8 тысяч шагов в день) оказывает положительное влияние на уменьшение усталости у больных РА. Маркеры липидного обмена могут быть использованы при определении степени нагрузки, оптимизации длительности и интенсивности физических упражнений у больных РА.

АНГИОПОЭТИН-ПОДОБНЫЕ БЕЛКИ 3 И 4 ТИПОВ КАК МАРКЕРЫ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Александров В.А.^{1,2}, Шилова Л.Н.¹,
Александров А.В.^{1,2}, Османова Г.Я.²,
Александрова Н.В.²

¹Волгоградский государственный
медицинский университет,

²Научно-исследовательский институт
клинической и экспериментальной ревматологии
имени А.Б. Зборовского,
г. Волгоград

Цель исследования. Оценить роль ангиопоэтин-подобных белков 3 и 4 типов в развитии мета-

большинства нарушений у больных ревматоидным артритом (РА) с коморбидной патологией (почечная дисфункция, остеопороз, депрессия).

Материалы и методы. Обследовано 158 пациентов с РА (91,8% – женщины и 8,2% – мужчин) в возрасте от 21 до 80 лет и средней длительностью заболевания – 9 [4; 15] лет.

Для определения сывороточных концентраций ангиопоэтин-подобного белка 3-го типа (АППБ3) и 4-го типа (АППБ4) использовали ELISA-тест.

Наличие метаболического синдрома (МС) у больных РА устанавливали по критериям Национальной образовательной программы по холестерину (National Cholesterol Education Program / Adult Treatment Panel III; NCEP/АТРIII; 2004 г.).

Для оценки функции почек у больных РА использовали расчетную скорость клубочковой фильтрации (рСКФ) по формуле СКД-ЕРI 2009 года.

Остеопороз (ОП) устанавливали по данным денситометрии (LUNAR DPX, GE, США) с оценкой показателей минеральной плотности костной ткани (МПКТ).

Степени выраженности депрессии у пациентов с РА определяли по шкале депрессивных расстройств Бека (Beck-Depressions-Inventar; BDI).

Результаты и обсуждение. По результатам многофакторного дисперсионного анализа у больных РА с/без МС выявлены существенные различия в уровне как АППБ3 ($F=8,86$, $p=0,0034$), так и АППБ4 ($F=29,6$, $p<0,001$).

Отмечено увеличение АППБ4 в сыворотке крови больных РА со сниженной рСКФ (<89 мл/мин/1,73 м²) ($F=18,5$, $p<0,001$) и выраженными метаболическими изменениями ($F=24,2$, $p<0,001$).

Установлена достоверная положительная корреляционная связь между уровнем АППБ3 и наличием ОП ($r=0,36$, $p=0,04$), между АППБ4 и наличием остеопении ($r=0,44$, $p=0,03$). Получены данные о тесной связи АППБ3 и МПКТ в шейке бедра (Total, $r=-0,33$, $p=0,042$; Troch, $r=-0,36$, $p=0,038$; Wards, $r=-0,44$, $p=0,009$), а также АППБ4 и остеопоротическими изменениями в позвоночнике (МПКТ L₁₋₄, $r=-0,631$, $p<0,001$), но не в бедренной кости ($p>0,05$). У больных РА с МС были отмечены достоверно высокие уровни АППБ (АППБ3, $p=0,032$; АППБ4, $p=0,027$) и низкие показатели МПКТ ($p=0,03$) по сравнению с больными РА без МС. Проведение многофакторного дисперсионного анализа показало достоверное увеличение АППБ4 в сыворотке крови больных РА со сниженной МПКТ и выраженными метаболическими изменениями ($R^2=0,32$, $p<0,05$).

Были получены статистически значимые различия в частоте встречаемости депрессии (BDI

≥ 10 баллов) в зависимости от отсутствия или наличия МС у больных РА (коэффициент ассоциации $\phi=0,65$). У больных РА без МС определялась исключительно легкая и умеренная депрессия. Проведение двухфакторного дисперсионного анализа не показало достоверного влияния BDI и МС на показатели АППБ 3 и 4 типов ($p=0,07$ и $p=0,29$, соответственно), но наличие МС само по себе значимо влияло на уровень депрессии ($p<0,001$), причем взаимодействие МС и степени активности заболевания по DAS-28 отсутствовало ($p=0,33$).

Выводы. АППБ могут выступать в роли ключевых факторов, связывающих метаболические изменения, развитие почечной дисфункции и остеопоротические нарушения у больных РА. Детальное понимание механизмов действия АППБ может иметь первостепенное значение для разработки эффективных методов диагностики и лечения различных коморбидных состояний при РА.

ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ ГЛУТАТИОНРЕДУКТАЗЫ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, СВЯЗАННЫХ С ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Александрова Л.А.

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

Введение. В публикациях последнего десятилетия наблюдается интерес исследователей к внутриклеточному ферменту глутатионредуктазе (ГР), выполняющего функцию поддержания уровня глутатиона в восстановленной форме (GSH), который является не только основным низкомолекулярным антиоксидантом и фактором окислительно-восстановительного состояния клетки, но и важнейшим внутриклеточным регуляторным пептидом. Цель: Анализ полученных ранее данных исследования активности эритроцитарной ГР при заболеваниях связанных с эндотелиальной дисфункцией (ЭД).

Материалы и методы. В ретроспективное исследование включены 60 больных с гипертонической болезнью (ГБ) 2 и 3 степени, 58 пациентов с аутоиммунными заболеваниями с поражением суставов (АЗПС); 63 пациента с пароксизмальной ночной гемоглобинурией (ПНГ) и 42 здоро-

вых человека соответствующего возраста и пола, у которых исследовали активность ГР в 10% гемолизатах эритроцитов спектрофотометрическим методом (Александрова с соавт., 2016). Концентрацию гемоглобина в гемолизатах определяли гемоглобинцианидным методом с использованием наборов (Синтакон). Активность рассчитывали в мкмоль /мин/г Нв. Статистический анализ проводили с помощью программы «SPSS 21.0 for Windows». Результаты представляли в виде медианы и межквартильного размаха М (Q1-Q3). Для проверки гипотезы о различии выборок использовали непараметрические критерии в случае двух независимых выборок – Манна-Уитни а для нескольких независимых выборок критерий Краскала-Уоллеса. При попарном сравнении в этом случае применяли поправку Бонферрони. При $p < 0,05$ различия между выборками считали достоверными. Для оценки корреляционных связей использовали ранговый коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты и их обсуждение. Активность ГР у больных с ПНГ на 30% ниже контроля. У больных АЗПС независимо от наличия ревматоидного фактора и степени ревматоидного поражения активность ГР снижена на 35%. Кроме того у больных серопозитивным РА с умеренной активностью по индексу DAS28 и наличием эрозивного процесса активность ГР коррелировала с концентрацией NOx и с уровнем VEGF-A ($R=0,579$; $P=0,03$) в плазме крови, что указывает на связь фермента с ЭД и процессом ангиогенеза. У пациентов с ГБ снижение активности ГР составляло 45%. Нарушения метаболизма глутатиона выявленные у пациентов с АЗПС сходны с данными исследования при ГБ и ПНГ, что возможно, объясняется общей проблемой ЭД и окислительного стресса.

Механизмы патогенеза заболеваний, связанных с ЭД могут быть вызваны, как прямым разрушительным воздействием АФК на биологические структуры, так и нарушением сигнальных регуляторов, связанных с окислительно-восстановительными процессами в эндотелии. Ухудшение эндотелиальной функции, значительное снижение эластичности мелких и крупных сосудов приводит к ГБ, которая является основным предиктором сердечно-сосудистых осложнений, часто сопровождающих АЗПС и ПНГ.

Выводы. На основании наблюдений установлено сходное снижение активности ГР при заболеваниях, связанных с ЭД. Можно ожидать, что показатель активности ГР в эритроцитах будет служить прогностическим критерием развития ЭД. Поскольку снижение экспрессии глутатионовых

ферментов или нарушение их регуляции приводит к аутоиммунным сдвигам и активации воспалительного процесса, нормализация активности ГР и, соответственно, уровня GSH может способствовать снижению риска возникновения ЭД и связанных с ней заболеваний.

ВЛИЯНИЕ ПРИЕМА СТАТИНОВ НА ТЯЖЕСТЬ МИАСТЕНИИ С ПОЗДНИМ ДЕБЮТОМ

Алибеков Э.Р.^{1,2}, Голдобин В.В.¹,
Ключева Е.Г.¹

¹Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,

²Всеволожская клиническая межрайонная больница, Санкт-Петербург

Введение. Имеется много публикаций о возможном ухудшении течения миастении у пациентов на фоне приема статинов. Целью нашей работы было сравнение степени тяжести миастении у больных с поздним дебютом в группах принимающих статины и без них.

Материалы и методы. Проанализированы данные 41 больного с поздней миастенией, возраст $60 \pm 14,7$ года, 20 женщин (48,8%) и 21 мужчина (51,2%). Обследованные пациенты были разделены на 2 группы: 1 – принимающие 20 мг аторвастатина ежедневно ($n=15$); 2 – не принимающие статины ($n=26$). Достоверных различий по возрасту и полу в сравниваемых группах не было. Тяжесть заболевания оценивалась по общепринятым шкалам миастении: MGFA и QMGS.

Результаты. Мы сравнивали пациентов получавших иммуносупрессивную терапию кортикостероидами и азатиоприном. Суточная дозировка пиридостигмина была сопоставима в обеих группах. У всех больных отмечалось стабильное течение заболевания, данных о миастенических кризах не поступало. Длительность наблюдения за пациентами составила 3 года. В 1-й группе MGFA составила 2,8, QMGS – 11,1, во 2-й группе мы не обнаружили достоверных различий в степени тяжести миастении по показателям MGFA ($p=0,7$) и QMGS ($p=0,3$).

Выводы. Мы не получили данных в пользу достоверного ухудшения течения миастении при оценке состояния больных. Однако исследование было ограничено числом пациентов и назначенными дозами статинов. Планируется продолжение исследования с большей выборкой пациентов.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С КОМОРБИДНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ

Аляви Б.А.^{1,3}, Абдуллаев А.Х.^{1,3}, Каримов М.М.¹,
Далимова Д.А.², Узоков Ж.К.¹, Тошев Б.Б.¹,
Тагаева Д.Р.¹, Азизов Ш.И.^{1,3}

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

²Центр передовых технологий,

³Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучить эффективность комплексного лечения и реабилитации больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с коморбидными состояниями после перенесенной COVID-19 и стентирования коронарных артерий (СКА).

Материалы и методы. Наблюдали больных ИБС стабильной стенокардией напряжения (СС) III функционального класса (ФК) (I группа, 20) и СС IV ФК (II группа, 20) с метаболическим синдромом (МС) и артериальной гипертензией (АГ), перенесших COVID-19 и после СКА. Исходно, через 3 и 6 месяцев изучали общий холестерин (ОХС), ХС липопротеинов низкой и высокой плотности (ХСЛПНП и ХСЛПВП), триглицериды (ТГ), активность аланин- и аспаргатаминотрансферазы (АЛТ и АСТ), общий билирубин (ОБ), показатели ЭКГ, велоэргометрии (ВЭМ), полиморфизм генов HMGCR и CYP2C19. Проводили ультразвуковые исследования печени. На фоне базисной терапии (аспирин, клопидогрел, статины, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ) и ЛФК по специальной программе, по 10 пациентов из каждой группы получали жемчужные ванны, электрофорез воротниковой области с MgSO₄ и фитопрепарат, обладающий гепатопротекторными свойствами.

Результаты и обсуждение. Исходные показатели липидов у больных ИБС с МС и АГ составили (I и II группы соответственно): ОХС – 6,6 и 6,9 ммоль/л; ХСЛПНП – 3,2 и 3,6; ХСЛПВП – 1,2 и 1,1; ТГ – 2,3 и 2,5 ммоль/л. После лечения содержание липидов (I и II группы соответственно): ОХС – 5,0 и 4,8; ХСЛПНП – 2,36 и 2,3; ХСЛПВП – 1,27 и 1,18; ТГ – 1,61 и 1,55 ммоль/л. Благоприятное действие статинов и антиагрегантов на изученные показатели указывает об их влиянии на патогенетические звенья ИБС, что особенно важно при лечении больных с сопутствующими МС и

АГ. К концу наблюдения у больных, занимавшихся ЛФК, выявлено увеличение двигательных возможностей, уменьшение одышки с 3 баллов до 2 баллов, урежение частоты дыхания и сердечных сокращений, увеличению пороговой нагрузки с 101 до 150 Вт, положительная динамика дыхательных проб, ослабление одышки при быстром подъеме по лестнице с 2 до 1 баллов. Отмечено увеличение времени задержки дыхания до 22 сек (проба Генча) и до 40 сек (проба Штанге). Своевременная оценка жизнеспособности миокарда, индивидуализированный подход с учетом фармакогенетических исследований при ведении больных ИБС, после СКА повышает эффективность лечения и реабилитации, предупреждает развитие грозных осложнений. Медикаментозное лечение пациенты переносили хорошо. Активность ферментов (АЛТ, АСТ), содержание ОБ были в пределах нормальных величин. Проведенные генетические исследования позволили подобрать наиболее эффективные и безопасные дозы антиагрегантов и статинов, добиться хорошей эффективности, исключая развитие осложнений и резистентности к препаратам. Фитопрепарат, в состав которого входят экстракты лекарственных растений, и обладающий противовоспалительным, спазмолитическим, желчегонным свойствами оказал благоприятное влияние на состояние и функции печени и значительно улучшил переносимость базисного лечения. Он предупреждает развитие нарушений со стороны печени и улучшает переносимость базисного лечения.

Выводы. Комплексный подход к лечению и реабилитации больных ИБС с МС и АГ после стентирования с учетом фармакогенетических особенностей статинов и антиагрегантов улучшает их переносимость, повышает эффективность реабилитации, предупреждает развитие резистентности к препаратам и возможных осложнений.

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ СО СПОНДИЛОАРТРИТАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕНО-ИНЖЕНЕРНЫМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ

Андрияненко А.О., Дворовкин А.Э., Один В.И.
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Актуальность работы. Известно, что у пациентов со спондилоартритами имеется повышенный

риск кардиоваскулярной патологии и, как следствие, – высокий процент летальности от сердечно-сосудистых катастроф. Однако достигнутые успехи в лечении спондилитов, в том числе с использованием генно-инженерных биологических препаратов, обладающих кардиопротективным действием, позволили заметно снизить частоту летальных исходов у пациентов со спондилоартритами.

Цель работы. Оценить электрокардиографические особенности у пациентов со спондилоартритами при лечении генно-инженерными биологическими препаратами.

Материалы и методы. В исследование было включено 29 пациентов в возрасте от 22 до 76 лет (средний возраст=46,93±11,68 лет) с критерияльно верифицированным диагнозом из группы спондилоартритов. У 25 пациентов верифицирован анкилозирующий спондилит (АС), у 2 – аксиальный спондилоартрит (АксСпА), у 2 – псоритический артрит (ПсА). Диагнозы установлены согласно современным классификационным критериям. Обязательным критерием включения пациентов в исследование было наличие в качестве терапии спондилоартритов препаратов генно-инженерной биологической терапии либо в виде монотерапии, либо в комбинации с базисными противовоспалительными препаратами. Определение активности АС и АксСпА проводилось согласно индексу ASDAS_{СРБ} (средние значения в исследуемой когорте – 1,93±0,84), активности ПсА – по индексу DAS-28. Метаболические и острофазовые показатели определялись стандартными методами. Всем пациентам выполнялось электрокардиографическое исследование по стандартной методике в 12 отведениях.

Результаты. В общей когорте у пациентов отмечено повышение уровня индекса массы тела (26,28±4,39 кг/м²), метаболические параметры при этом были в пределах нормальных значений. Также отмечался повышенный уровень С-реактивного белка (7,1±4,27 мг/л). Пять пациентов исследуемой группы имели ЭКГ-признаки гипертрофии левого желудочка, четыре пациента – признаки АВ-блокады 1 степени, один пациент – признаки гипертрофии правого предсердия. При проведении корреляционного анализа по методу Спирмена в общей группе пациентов получены следующие данные: выявлена достоверная отрицательная связь между уровнем СРБ и креатинина (R=-0,5, p<0,05), положительная корреляция ЧСС с уровнем СРБ (R=0,46, p<0,05), положительная корреляция между СРБ и амплитудой зубца Р (R=0,47, p<0,05), амплитуды зубца Р и значениями фибриногена (R=0,45, p<0,05).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что воспалительная активность спондилоартритов (прежде всего по уровню С-реактивного белка) связана с частотой сердечных сокращений, и снижение лабораторной активности спондилоартритов будет способствовать нормализации сердечного ритма.

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ СО СПОНДИЛОАРТРИТАМИ НА ФОНЕ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Андрьяненко А.О., Дворовкин А.Э.

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

Цель исследования. Установить электрокардиологические особенности у пациентов со спондилоартритами при лечении генно-инженерными биологическими препаратами.

Материалы и методы. В ходе работы обследовано 29 пациентов средний возраст=46,93±11,68 лет с критерияльно верифицированным диагнозом из группы спондилоартритов. Критерием включения пациентов в исследование было наличие в качестве терапии препаратов генно-инженерной биологической терапии (ГИБТ). Средняя продолжительность заболевания составила 14,82±7,5 лет. Определение активности АС и АксСпА проводилось согласно индексу ASDAS_{СРБ} (средние значения в исследуемой когорте – 1,93±0,84), активности ПсА – по индексу DAS-28. Всем пациентам выполнялось электрокардиографическое исследование по стандартной методике в 12 отведениях. Полученные количественные признаки представлены в виде M±m. Качественные признаки представлены как абсолютное число и процент от общего числа.

Результаты. В общей группе ИМТ 26,28±4,39 кг/м², метаболические параметры в пределах референсных значений. Средние значения воспалительной активности: СОЭ=9,4±3,1 мм/час, СРБ=7,1±4,27 мг/л, фибриноген=4,1±1,2 г/л, активность воспаления по индексу ASDAS=1,93±0,88. Обращает на себя внимание увеличение среднего уровня СРБ в общей когорте пациентов. Пять пациентов исследуемой группы присущи ЭКГ-признаки гипертрофии левого желудочка, для одного пациента – признаки гипертрофии правого предсердия. При проведении корреляционного анализа по методу Спирмена в общей группе пациентов получены следующие данные:

выявлена достоверная отрицательная связь между уровнем СРБ и креатинина ($R=-0,5$, $p<0,05$), положительная корреляция ЧСС с уровнем СРБ ($R=0,46$, $p<0,05$), положительная корреляция между СРБ и амплитудой зубца Р ($R=0,47$, $p<0,05$), амплитуды зубца Р и значениями фибриногена ($R=0,45$, $p<0,05$). Из полученных данных можно сделать вывод о том, что воспалительная активность спондилоартритов (прежде всего по уровню СРБ) связана с частотой сердечных сокращений, и снижение лабораторной активности СпА будет способствовать нормализации сердечного ритма.

В ходе дальнейшего исследования пациенты стратифицировались на группы по нескольким критериям. Первым таким критерием стал возраст пациентов. Из особенностей групп выявлено, что пациенты до 50 лет имели нормальный индекс массы тела (ИМТ), но повышенный уровень СРБ ($10,32\pm 5,59$ мг/л), в то время как вторая группа имела повышенный ИМТ ($28,11\pm 5,26$ кг/м²) и нормальный уровень СРБ ($3,02\pm 2,14$ мг/л). В первой группе выявлена 1 гипертрофия левого желудочка и одна АВ-блокада, в то время как во второй группе пациентов – 4 пациента с гипертрофией левого желудочка и 2 – с АВ-блокадой. При проведении корреляционного анализа по Спирмену в первой группе пациентов (до 50 лет) получены данные о связи уровня СРБ ($R=0,70$, $p<0,05$) и фибриногена ($R=0,64$, $p<0,05$) с частотой сердечных сокращений, которые отсутствовали во второй группе пациентов. Пациенты до 50 лет характеризуются более высокими значениями воспалительной активности, связью между активностью и частотой сердечных сокращений, а также более редкими патологическими ЭКГ-проявлениями.

Вторым критерием для разделения пациентов на группы стал вид лекарственной терапии (ГИБТ и ГИБТ+БПВП). При проведении корреляционного анализа в двух группах не получено достоверных данных за наличие взаимосвязей показателей активности спондилоартритов с параметрами ЭКГ.

Выводы. Частота выявляемости гипертрофии левого желудочка в исследуемой когорте составила 17% (5 пациентов), АВ-блокады I степени – 14% (4 пациента). Установлено, что воспалительная активность спондилоартритов (наиболее ярко выраженная по уровню СРБ) тесно связана с частотой сердечных сокращений в общей группе пациентов, а для пациентов в возрасте до 50 лет характерны повышение маркеров воспалительной активности спондилоартритов, связь между лабораторной активностью и частотой пульса. Учитывая полученные данные, показано дальнейшее исследование вопроса с большим количеством обследованных лиц.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ, МОЛЕКУЛЯРНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОМОРБИДНОСТИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Аникин Д.А., Соловьева И.А., Демко И.В.
Красноярский государственный
медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого,
г. Красноярск

Цель исследования. Оценка клинических, патофизиологических и молекулярных особенностей различных фенотипов ожирения у больных бронхиальной астмой для оптимизации противоастматической терапии и ранней диагностики сердечно-сосудистых осложнений.

Материалы и методы. Было обследовано 150 больных БА, группу контроля составили 30 относительно здоровых пациентов. Исследуемые группы были разделены с учетом индекса массы тела (ИМТ): в 1-ю группу включены больные БА с ИМТ от 18,5 до 25 кг/м² ($n=52$), во 2-ю группу вошли больные БА с ИМТ от 30 до 35 кг/м² ($n=98$). В дальнейшем пациенты с БА и ожирением были разделены в зависимости от времени дебюта астмы на группу «Ожирение+БА», давность БА на момент включения составляла в среднем 2 года, и группу «БА+Ожирение» с давностью БА около 10 лет. В процессе исследования оценивали клинико-функциональные параметры и уровни контроля БА; определяли показатели липидного спектра, инсулинового обмена и адипокинов; изучали содержание NO в выдыхаемом воздухе и клеточный состав индуцированной мокроты, выполняли эхокардиографию; проводили статистическую обработку данных.

Результаты и обсуждение. При фенотипе БА в сочетании с ожирением чаще встречались пациенты со среднетяжелой и тяжелой степенью, однако, в группе «Ожирение+БА» тяжелое течение регистрировалось чаще (33%), что коррелировало с низким уровнем контроля. По результатам спирометрии и бодиплетизмографии во всех группах у пациентов с БА регистрировались нарушения бронхиальной проходимости и формирования легочной гиперинфляции, более тяжелые изменения были зафиксированы у больных «Ожирение+БА». При анализе липидного спектра наиболее значимые отклонения были в группе «Ожирение+БА», так уровень липопротеинов низкой плотности 3,6 [3,2; 4,4], липопротеинов высокой плотности 1,1 [0,8; 1,3]. В группе «Ожирение+БА» было выявлено увеличение уровня лептина 28 [26; 32] и снижении адипонектина 22 [16; 25]. Индекс висцерального ожирения наиболее вы-

сокое значение 3,42 [2,84; 4,02] имел у пациентов в группе «Ожирение+БА». Показатели инсулинорезистентности у пациентов с ожирением в обеих группах были значимо выше, чем у пациентов с нормальной массой тела, однако в группе «Ожирение+БА» наблюдались более высокие значения. Уровень NO в выдыхаемом воздухе был сравнительно ниже у пациентов группы «Ожирение+БА». При оценке клеточного состава индуцированной мокроты в группе «Ожирение+БА» у 39% регистрировался нейтрофильный и в 43% малогранулоцитарный типы. В группе больных «Ожирение+БА» регистрировались наиболее высокие значения ГЛЖ, так индекс массы миокарда левого желудочка составил 88,2 [74,1; 96,6]. Отмечены прямые корреляционные взаимосвязи между значением ИМТ, уровнем нейтрофилов индуцированной мокроты и концентрацией лептина в периферической крови ($r=0,56$, $p=0,001$; $r=0,45$, $p=0,014$, соответственно) и отрицательные взаимосвязи между показателями ОФВ1 и уровнем лептина ($r=-0,49$, $p=0,025$, соответственно).

Выводы. Пациенты с фенотипом «Ожирение+БА» имеют более позднее начало заболевания, нейтрофильное воспаление дыхательных путей, что ухудшает ответ на стандартную базисную терапию. Взаимное влияние ожирения и астмы приводит к наиболее значимым кардиоваскулярным рискам в данной группе, что требует персонализированного подхода в лечении и профилактике, как астмы и ожирения, так и неблагоприятных сердечно-сосудистых событий.

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ IGA-АНТИТЕЛ К CD74 У ПАЦИЕНТОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНО- ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

Апаркина А.В.¹, Бичурина Д.М.², Ребров А.П.¹

¹Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского,

²Областная клиническая больница,
г. Саратова

Введение. По данным литературы аутоантитела IgA к антигену CD74 могут быть одним из возможным маркеров для диагностики аксиальных спондилоартритов. В тоже время в доступной нам литературе не найдено данных об уровне аутоантител к CD74 у пациентов с болью в спине в связи с наличием дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника (ДДЗП). Возможность использовать уровень аутоантитела IgA к антигену CD74 для дифференци-

альной диагностики заболеваний при наличии у пациентов хронической боли в спине представляет несомненный научный и практический интерес.

Цель исследования. Исследование уровня анти-CD74 у пациентов с ДДЗП.

Материалы и методы. В исследование включено 39 пациентов с ДДЗП, верифицированных неврологом (коды МКБ-X – М 51.1 и М 54.4). У всех пациентов определяли скорость оседания эритроцитов (СОЭ), уровень высокочувствительного С-реактивного белка (СРБ), IgA анти-CD74 (нормальные значения менее 12 Ед/мл). Статистическую обработку данных проводили с использованием программы Statistica 8.0. Исследование одобрено комитетом по этике ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России.

Результаты. У больных с ДДЗП средний возраст составил 47 [38; 55] лет, длительность заболевания – 8 [5; 18] лет, возраст начала заболевания – 36,5 [34; 45] лет, 14 женщин и 25 мужчин. Средняя СОЭ составила 7 [2; 9] мм/час, уровень СРБ – 3,0 [2,4; 6,5] мг/мл; средний уровень аутоантител IgA к CD74 – 6,9 [4,5; 13,7] Ед/мл. Повышение концентрации аутоантитела IgA к антигену CD74 выше порогового значения выявлено у 11 (28,2%) пациентов с ДДЗП. Концентрация аутоантител IgA к CD74 превышала пороговое значение чаще у мужчин, чем у женщин: у 10 (40%) мужчин и у 1 (7,1%) женщины ($p=0,029$, $\chi^2=4,785$). При этом у мужчин с ДДЗП и уровнем аутоантител IgA к CD74, превышающим пороговое значение, выявлено достоверное повышение концентрации СРБ (средний уровень составил 5,8 [4,4; 7,5] мг/мл) по сравнению с уровнем СРБ (средний уровень 2,4 [2,2; 4,2] мг/мл) у мужчин с ДДЗП и уровнем IgA к CD74 ниже порогового значения ($p=0,038$).

Выводы. Установлено, что у более четверти обследованных пациентов с ДДЗП имеется повышение уровня аутоантител IgA к CD74, причем существенно чаще такое повышение выявлялось у мужчин. При этом у мужчин с ДДЗП с повышенной концентрацией данного иммунологического маркера установлен и более высокий уровень СРБ, чем у мужчин с ДДЗП и уровнем аутоантител IgA к CD74 ниже порогового значения. Полученные данные определяют целесообразность выяснения причин такого сочетания у пациентов с ДДЗП и хронической болью в спине, определить характер и особенности патологического процесса у них, целесообразность проведения дополнительного обследования для исключения или подтверждения у них недиагностированного ранее СпА. Ранее определение содержания аутоантител IgA к антигену CD74 у пациентов с ДДЗП не проводилось. В связи с этим является перспективным проведение более масштабных исследо-

ваний по изучению содержанию данного показателя у пациентов с ДДЗП с целью дифференциальной диагностики причины хронической боли в спине.

ОЦЕНКА ТРУДОВОГО ПРОГНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ОНМК ПО ИШЕМИЧЕСКОМУ ТИПУ

Аржаных Я.В.

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

Цель исследования. Оценить способность возвращения к трудовой деятельности пациентов после перенесенного ОНМК по ишемическому типу.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе нейрососудистого отделения БУЗ ВО ВГКБСМП №10 г. Воронеж в период с сентября 2020 года по январь 2021 года. В исследование включено 40 пациентов с ОНМК по ишемическому типу. Средний возраст обследуемых составил от 52 лет до 81 года ($66 \pm 0,5$). Всем пациентам в подострый/ранний восстановительный период был проведен анализ с использованием шкалы реабилитационной маршрутизации для оценки возможности возврата к трудовой деятельности.

Результаты и обсуждения. Депрессивные нарушения различной степени выраженности были выявлены у 70% пациентов с ОНМК. Инсульт по ишемическому типу наиболее часто диагностировалось у женщин в 65% (26 человек), у мужчин в 35% (14 человек). По результатам субъективной оценки возможности возврата к трудовой деятельности 55% (22 человека) отметили ее полный возврат, в то время, как 45% (18 человек) посчитали, что не смогут вернуться к прежней трудовой деятельности. По результатам балльной шкалы возможности возвращения к трудовой деятельности с использованием шкалы реабилитационной маршрутизации: к трудовой деятельности в полном объеме, не сможет вернуться ни один пациент, к легкому труду, не связанному с физической нагрузкой, контактом с химикатами, ядами смогут вернуться – 9 человек (22,5%). Из них 6 человек (66,6%) по субъективной оценке считают, что могут возвратиться к трудовой деятельности в полном объеме. Полное освобождение от трудовой деятельности показано – 31 человеку (77%). Их них 15 человек (48,3%) считают, что могут возвратиться к трудовой деятельности, но не в полном объеме.

Выводы. Сравнительный анализ двух групп больных по половой принадлежности показал преобладание лиц женского пола, что свидетельствует о большей подверженности женщин к депрессии. Чем моложе пациенты, перенесшие инсульт, тем тяжелее они переносят

факт заболевания и тем более выражено их депрессивное состояние. По данным шкалы реабилитационной маршрутизации к трудовой деятельности в полном объеме, не сможет вернуться ни один пациент, к легкому труду, не связанному с физической нагрузкой, контактом с химикатами, ядами смогут вернуться – 22,5%, полное освобождение от трудовой деятельности показано – 77,0%.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЛ-4 ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ТЕЧЕНИЯ

Арипова Н.А., Джураева Э.Р., Ганиева Н.А.,
Пулатова Ш.Б., Матюсупова С.Г.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучить клиническое значение сывороточного цитокина ИЛ-4 при системной склеродермии с различными вариантами течения.

Материалы методы. Обследовано 60 больных ССД в возрасте от 18 до 50 лет 45 жен и 15 муж в возрасте старше 18 лет, находившихся на стационарном лечении в ревматология и артрологическом отделении 1-клиники Ташкентской медицинской академии. Длительность заболевания составляла в среднем $8,22 \pm 7,1$ лет. У 45 больных имела место лимитированная форма ССД (лССД) и у 15 – диффузная (дССД). Все больные дССД и лССД отвечали диагностическим критериям EULAR/EUSTAR 2013 г. Помимо клинической характеристики кожной, сосудистой и висцеральной патологии, у всех больных определяли иммунологические (РФ методом латексагглютинации, иммунофлюоресцентным методом антицентромерные антитела, антитела к Scl-70 и общеклинические показатели крови (СОЭ, С-реактивный белок, общий белок и белковые фракции, креатинин). ИЛ-4 определяли в сыворотках больных непрямым твердофазным иммуноферментным методом.

Результаты и обсуждение. Все больные имели характерную для ССД периферическую и висцеральную симптоматику, включавшую поражение кожи (плотный отек – у 24 больных, индурация – у 14, средний кожный счет – $8,1 \pm 7,3$ балла), сосудистую патологию (синдром Рейно у всех больных, трофические сосудистые нарушения – у 24), поражение опорно-двигательного аппарата (артрит – 9, миозит – 2, мышечная слабость – 5) и внутренних органов (склеродермическое поражение пищевода – 31, легких – 29, сердца – 24, почек – 1, легочная гипертензия – 8). При сравнительном анализе отмечено, что ИЛ-4 значительно чаще выявлялся в группе больных с меньшей длительностью заболевания, прогрессирующим течением ССД, пора-

жением кожи в стадии плотного отека. У 30% больных обнаружены ССД специфические аутоантитела: Scl-70 (20%) или антицентромерные антитела (15%).

Выводы. Результаты исследования подтверждают клиническое значение ИЛ-4 при ССД может рассматриваться как маркер активной фазы фиброзного процесса. На основании повышения его уровня в крови возможно выделение больных с прогрессирующим течением заболевания, нуждающихся в применении иммуносупрессивной терапии и в дальнейшем использования сывороточного уровня ИЛ-4 в мониторинге прогрессирования ССД.

РЕДКОЕ СОЧЕТАНИЕ IGG4-СВЯЗАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА, ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Аристова М.В., Сокол Е.В.

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

IgG4-связанное заболевание (IgG4-C3) – это иммуноопосредованное фибровоспалительное заболевание, характеризующееся поражением различных органов и тканей, а также высоким уровнем IgG4 крови и специфическими патоморфологическими особенностями. В 2011 г. Umehara H. и соавт. были предложены диагностические критерии IgG4-C3, в основу которых положена гиперсекреция IgG4 у этих пациентов. Однако данный признак является неспецифическим. В 2019 г. предложены новые классификационные критерии EULAR/ ACR, которые подробно описывают ключевые клинико-лабораторные, патоморфологические и рентгенологические признаки IgG4-C3. Их особенностью является включенный блок «критериев исключения», среди которых фигурирует положительные антитела к Ro/SSa и La/SSb – основные иммунологические маркеры Болезни Шегрена (БШ). Таким образом, предполагается, что у одного пациента эти два заболевания сочетаться не могут.

Цель. Представить клинический случай, когда пациент удовлетворяет критериям обоих заболеваний.

Результаты. Пациентка 60 л. с 2017 г. отмечает нарастание боли в области правого глаза с последующим присоединением в течение года гиперемии и припухлости правого верхнего века, а также персистирующей сухости во рту. В 2019 г. в связи с сформировавшимся экзофтальмом направлена на компьютерную томографию (КТ) орбит, по данным которой

выявлено утолщение орбитальных мышц, зрительного нерва, деформация ретробульбарной клетчатки справа. Проведена правосторонняя орбитотомия с биопсией измененной ткани, выявившей массивную лимфоплазмноклеточную инфильтрацию, фиброз, а также более 50 IgG4+клеток в поле зрения при большом увеличении (x400), в связи с чем диагностировано IgG4-C3 с поражением орбиты. В 2019 г. при госпитализации в НИИР обращает на себя внимание титр АНФ 1/1280, а также позитивность по анти-Ro/SSA (более 200 ЕД/мл), что потребовало дообследования Пациентки. На сиалограмме подтвержден паренхиматозный паротит, при биопсии малых слюнных желез была обнаружена выраженная лимфогистиоцитарная инфильтрация до 200 элементов в фокусе. Офтальмологом установлен сухой кератоконъюнктивит (проба Норна 3 сек., эпителиопатия роговицы), гиполакрия 3 стадии (тест Ширмера 3 мм). Пациентке установлен диагноз БШ по российским диагностическим и классификационным критериям ACR/EULAR 2016г. Начата терапия циклофосфамидом в комбинации с метилпреднизолоном 4 мг/с, однако положительной динамики как клинически, так и инструментально выявлено не было – КТ признаки псевдотумора орбит сохранялись, в связи с чем в марте 2020 г. инициирована терапия ритуксимабом (РТМ) 2 грамма суммарно с положительным клинико-рентгенологическим эффектом – полный регресс болевого синдрома в правом глазу, а также уменьшение выраженности ксеростомии.

Вывод. Существующие на сегодняшний день классификационные критерии IgG4-C3, с одной стороны помогают клиницисту определить круг диагностического поиска, с другой – в определенных ситуациях не позволяют установить диагноз IgG4-C3. В рутинной клинической практике, вероятно, более оправданно использовать диагностические критерии IgG4-C3.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ASAS HI С АКТИВНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СТАТУСОМ БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

Аристова М.В., Эрдес Ш.Ф.

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

Индекс здоровья ASAS (ASAS HI) является инструментом количественной оценки здоровья и общего состояния пациентов, страдающих анкилозирующим спондилитом (АС), путем анализа ответов

пациента на 17 вопросов. Каждый вопрос связан со специфическим пулом the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

Цель исследования. Определить взаимосвязь между ASAS HI и другими показателями, отражающими активность заболевания, функциональный статус и здоровье пациентов АС.

Материалы и методы. В исследование были включены 70 пациентов с АС (по Нью-Йоркским критериям, 1984г.), средний возраст составил $40,5 \pm 11,4$ лет, средняя длительность болезни – $17,1 \pm 10,0$ лет, 71% (50) больных были мужского пола, а 81,4% были позитивны по HLA-B27. Активность заболевания оценивали по ASDAS-COЭ, ASDAS-CPБ, BASDAI, функциональный статус – по BASFI и BASMI. Для определения качества жизни и здоровья пациента проводились глобальная оценка общего самочувствия пациента и подсчет адаптированной русскоязычной версии индекса ASAS HI. Полученные данные о пациентах, включенных в исследование, были переведены в электронный формат таблицы Excel. Статистический анализ проводился с помощью программы STATISTICA 64. Расчет статистической взаимосвязи ASAS HI с другими индексами и показателями проводился с помощью определения корреляции Пирсона (r). Корреляция $>0,90$ интерпретировалась как очень высокая, $0,70-0,89$ как высокая, $0,50-0,69$ – умеренная, $0,26-0,49$ – низкая и $\leq 0,25$ – слабая корреляция. Значение $p < 0,05$ считалось значимым для всех применяемых тестов.

Результаты и обсуждение. Индекс здоровья ASAS HI не показал высокой корреляции с индексами и параметрами, отражающими как активность заболевания, так и функциональный статус пациента. Однако, выявлена умеренная корреляция с индексами, отражающими активность анкилозирующего спондилита – BASDAI ($r=0,55$), ASDAS-CPБ ($r=0,50$), ASDAS-COЭ ($r=0,53$), а также с глобальной оценкой самочувствия пациента ($r=0,51$). Немного выше корреляция ASAS HI с функциональным индексом BASFI ($r=0,62$). Крайне низкая взаимосвязь наблюдалась с лабораторными показателями активности заболевания, такими как CPБ ($r=0,37$) и COЭ ($r=0,36$), а также с BASMI ($r=0,24$).

Как мы видим, максимальные значения r определяются с индексами, включающими в себя пункты по самооценке состояния больного – BASDAI, ASDAS-CPБ/COЭ, BASFI и др., а меньшая корреляционная сила отмечается с параметрами, где субъективная оценка самочувствия больного не учитывается – BASMI, COЭ, CPБ. Корреляции между ASAS HI и такими параметрами, как пол, возраст пациентов и длительность заболевания, обнаружено не было.

Вывод. Индекс здоровья ASAS HI является простым и информативным методом оценки состо-

яния пациентов, страдающих АС, и отражает в себе различные аспекты жизни, определяющие ее качество. Наше исследование показало максимальную корреляцию ASAS HI с индексами, сочетающимися в себе пункты по самооценке состояния больного.

ВАЛИДНОСТЬ УПРОЩЕННОГО ИНДЕКСА АКТИВНОСТИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА (SASDAS), ИССЛЕДУЕМАЯ НА РОССИЙСКОЙ КОГОРТЕ ПАЦИЕНТОВ

Аристова М.В., Эрдес Ш.Ф.

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

На сегодняшний день существует множество индексов и параметров, отражающих активность, функциональный статус, а также общее самочувствие пациентов с анкилозирующим спондилитом (АС). SASDAS в сравнении с другими методами оценки активности АС, главным образом ASDAS, имеет весомое преимущество – простота подсчета результатов, что не требует использование калькулятора и заметно экономит время на амбулаторном приеме.

Цель исследования. Оценить валидность SASDAS при оценке активности заболевания путем определения его взаимосвязи с другими инструментами количественной оценки.

Материалы и методы. Научными сотрудниками НИИ Ревматологии, совместно с врачами-клиницистами, было проведено исследование на 70 пациентах с достоверным диагнозом АС, 24,2% (17) из которых имели ювенильное начало заболевания, а 71% (50) были лицами мужского пола. Средний возраст составил $40,5 \pm 11,4$ лет, средняя длительность болезни – $17,1 \pm 10,0$ лет, 81,4% исследуемых пациентов были позитивны по HLA-B27. Для определения активности заболевания использовались индексы BASDAI, ASDAS-COЭ, ASDAS-CPБ, SASDAS-COЭ, SASDAS-CPБ, для оценки функционального статуса – BASMI и BASFI. Качество жизни оценивалось с помощью опросника ASAS HI и оценки глобального самочувствия пациента, с помощью ВАШ. Полученные данные о пациентах, включенных в исследование, были переведены в электронный формат таблицы Excel. Статистический анализ проводился с помощью программы STATISTICA 64. Для оценки корреляционной силы индексов SASDAS-COЭ и SASDAS-CPБ с другими показателями, учитывая ненормальное распре-

деление признака, использовался тест Спирмана. Корреляция (r) более 0,90 интерпретировалась как очень высокая, 0,70-0,89 как высокая, 0,50-0,69 – умеренная, 0,26-0,49 – низкая и $\leq 0,25$ – слабая корреляция. Значение $p < 0,05$ считалось значимым для всех применяемых тестов.

Результаты и обсуждение. При проведении статистического анализа полученных данных выявлена очень высокая корреляция SASDAS-COЭ с индексом активности ASDAS-COЭ ($r=0,96$), а также с самим лабораторным показателем COЭ ($r=0,90$). Высокая корреляция также обнаружена и с такими показателями, как ASDAS-CPБ ($r=0,84$), CPБ ($r=0,76$). Упрощенный индекс SASDAS-CPБ также показал очень высокую и высокую корреляцию с ASDAS-CPБ ($r=0,94$), CPБ ($r=0,89$) и ASDAS-COЭ ($r=0,87$), COЭ ($r=0,73$) соответственно. Кроме того, SASDAS-COЭ и SASDAS-CPБ имели умеренную корреляцию с такими индексами как BASDAI ($r=0,65$ и $r=0,68$) и BASFI ($r=0,63$ и $r=0,61$, соответственно). Корреляционная сила с другими параметрами заболевания, такими как индекс MASES, BASMI, ASAS HI, общая оценка самочувствия пациента, длительность заболевания и утренней скованности, у данной когорты пациентов оценивалась как низкая.

Вывод. Согласно результатам исследования, SASDAS-CPБ и SASDAS-COЭ показали превосходную корреляцию с другими индексами активности (BASDAI, ASDAS-CPБ и ASDAS-COЭ соответственно), а также с лабораторными параметрами, отражающими воспалительные изменения крови (CPБ, COЭ), что говорит о надежности данного инструмента оценки активности АС. Так же достоверная корреляция наблюдалась и с индексом BASFI, однако, что касается прочих параметров, отражающих функциональный статус пациентов (BASMI), общее здоровье (ASAS HI), длительность заболевания, утренней скованности и прочее – выраженность корреляционной силы достоверно снижалась.

АНАЛИЗ ЛЕГОЧНОГО ПОРАЖЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Аронова Е.С., Гриднева Г.И., Белов Б.С.
Научно-исследовательский институт
имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель. Проанализировать выраженность изменений в легких, полученных при компьютерной томографии (КТ) у пациентов с COVID-19 и ревматоидным артритом.

Материал и методы. Изучены данные выписных эпикризов после стационарного лечения COVID-19, верифицированного РТ-ПЦР к РНК SARS-CoV-2, больных с ревматоидным артритом (РА). Для статистической обработки была использована программа Statistica (версия 12). Результаты корреляционного анализа считались достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты. В исследование включено 32 взрослых (старше 18 лет) пациента (29 женщин, 90%) с достоверным диагнозом ревматоидный артрит (ACR/EULAR). Средний возраст пациентов составил $50,75 \pm 16,48$ лет. В исследуемой группе 29 (90,6%) пациентов никогда не курили, 2 курили в прошлом и 1 – являлся активным курильщиком. У 6 пациентов РА протекал с внесуставными проявлениями в виде синдрома Шегрена. Высокая активность РА на момент заболевания COVID-19 была у 8 пациентов (25%), умеренная – у 14 (43,75%), низкая – у 9 (28,12%), ремиссия – у 1 (3,13%). В период COVID-19 КТ ОГК проводилась 19 пациентам. При оценке по «эмпирической визуальной шкале» 0 стадия поражения легких отмечалась у 1 пациента (5,3%), 1 – у 9 (47,4%), 2 – у 5 (26,3%), 3 – у 3 (15,7%), 4 – у 1 (5,3%). Статистически значимых корреляций между выраженностью изменений в легких и активностью РА, а также наличием внесуставных проявлений выявлено не было. 20 пациентов (62,5%) перенесли COVID-19 амбулаторно. Для лечения COVID-19 в случаях 19 были назначены антибактериальные препараты, в 11 случаях – инъекционные и в 15 – пероральные антикоагулянты, в 17 случаях – ГК, в 15 – противовирусные препараты, 4 пациентам потребовались ингибиторы ИЛ-6 и 2 – ингибиторы янус-киназ. Двум пациентам не потребовалось никакой терапии, кроме стандартного ухода.

Выводы. В исследуемой группе COVID-19 протекал преимущественно с умеренным вовлечением легких. Статистически значимых корреляций между выраженностью изменений в легких и активностью РА, а также наличием внесуставных проявлений выявлено не было.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Аронова Е.С., Гриднева Г.И., Белов Б.С.
Научно-исследовательский институт
имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель. Провести сравнительную оценку клинико-демографических показателей в группах пациентов с ревматоидным артритом, перенесших COVID-19, при наличии постковидного синдрома (ПКС) и без него.

Материал и методы. Изучен материал опросников, заполняемых пациентами стационара ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, перенесшими COVID-19, верифицированный РТ-ПЦР к РНК SARS-CoV-2. Информация была дополнена данными выписных эпикризов после стационарного лечения COVID-19. Для статистической обработки была использована программа Statistica (версия 12). Результаты корреляционного анализа считались достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты. В исследование включено 23 взрослых (старше 18 лет) пациента с достоверным диагнозом ревматоидный артрит (ACR/EULAR). Из них 11 (47,8%) пациентов отмечали развитие ПКС (1 группа), а 12 пациентов перенесли COVID-19 без последствий (2 группа). Обе группы были представлены преимущественно женщинами (90,9% и 91,7% соответственно). Средний возраст в обеих группах достоверно не различался и составил в 1 группе $56,73 \pm 14,79$ лет, а во 2-й – $48,17 \pm 19,59$ лет. Медиана количества коморбидных заболеваний составила 2 [1;4] в 1 группе и 0,5 [0;2,5] во 2 группе. ПКС был представлен следующими симптомами: слабость, повышенная утомляемость – у 6 пациентов, проблемы с вниманием, концентрацией – у 7, ухудшение памяти – у 6, нарушения сна – у 7, усиление боли в суставах – у 7, одышка при физической нагрузке – у 6, колебания АД – у 5, тахикардия – у 4. В среднем (медиана) каждый пациент отмечал 10 [6,5; 12] симптомов ПКС одновременно. При оценке количества симптомов в инфекционную фазу в 1 группе пациенты отмечали 20 [16; 23], а во 2 – 10 [7; 12] симптомов COVID-19. На момент развития COVID-19 выраженность симптомов РА, оцененная по ВАШ, составила в 1 группе $5,64 \pm 3,26$, во 2 – $4,75 \pm 2,99$. В 1 группе 5 (45,5%) пациентов нуждались в госпитализации, из них 3 нуждались в кислородной поддержке. Во 2 группе было госпитализировано 4 (33,3%) пациента, из них в кислородной поддержке нуждались двое. 3 пациента в 1 группе перенесли COVID-19 повторно в среднем через $9,33 \pm 2,52$ месяцев после первого заболевания. Один из них был вакцинирован. Все пациенты в этой группе лечились амбулаторно, в то время как при первом случае COVID-19 одному из них потребовалась госпитализация и кислородная поддержка. При статистической оценке достоверных различий ($p < 0,05$) между группами по показателям пола, возраста, количества коморбидных заболеваний, количества симптомов COVID-19 в инфекционной фазе, выраженности симптомов РА и частоте госпитализации выявлено не было.

Выводы. Несмотря на то, что при оценке социо-демографических характеристик статистически достоверных различий между исследуемыми группами не выявлено, средний возраст, количество коморбидных заболеваний и выраженность симптомов РА на момент COVID-19 были выше в группе паци-

ентов с РА и ПКС. Пациенты с ПКС отмечали более высокую частоту госпитализаций и более тяжелое течение COVID-19. Также в этой группе отмечались повторные случаи COVID-19. Необходимо продолжить исследование на более крупной когорте.

ПРИЧИНЫ ОТМЕНЫ ТОФАЦИТИНИБА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Аронова Е.С., Гриднева Г.И.
Научно-исследовательский институт
имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель. Оценить стратегию назначения и причины отмены тофацитиниба в реальной клинической практике.

Материал и методы. В ретроспективное исследование было включено 30 взрослых (старше 18 лет) пациентов с достоверным диагнозом РА, которым был назначен тофацитиниб. Тофацитиниб назначался как биоинновативным пациентам (первая линия терапии), так и после ГИБП в анамнезе (вторая и т. д. линии терапии). Причинами отмены тофацитиниба были: недостаточная эффективность (НЭ), нежелательные реакции (НР), административные причины (АП) и беременность. Под административными причинами подразумевалась невозможность продолжения терапии вследствие отсутствия обеспечения препаратом по месту жительства. Пациенты оставались под наблюдением в течение 3-х лет или до момента прекращения лечения тофацитинибом, в зависимости от того, какое событие наступит раньше.

Результаты. Группа больных, включенных в исследование, была представлена преимущественно женщинами (27, 90%), получающими БПВП (25, 83,3%) и ГК (21, 70%) с недостаточной эффективностью (DAS28 $5,87 \pm 0,68$). Средний возраст пациентов составил $43,06 \pm 13,68$ лет, средняя длительность заболевания – $13,04 \pm 9,22$ лет. В качестве первой линии терапии тофацитиниб был назначен 3-м пациентам, в качестве второй – 11, третьей – 9, четвертой – 6 и пятой – 1 пациенту. Причинами отмены тофацитиниба в первой линии терапии были: НЭ, зафиксированная после двух полных лет лечения у одного пациента, НР (herpes zoster, развившийся у одного пациента в течение первого года терапии) и АП (еще в одном случае прием препарата прекращен вскоре после инициации). Во второй линии терапии тофацитиниб был отменен в связи с НЭ у 4 пациентов в среднем через $1,25 \pm 1,89$

лет, по причине развития НР – у 3 пациентов в течение первого года терапии и по АП – у 1 пациента через год после начала лечения после нескольких попыток продолжить непрерывный курс. Три пациента из 11 (27,3%) в этой группе продолжили лечение тофацитинибом более 3 лет с удовлетворительным эффектом. В третьей линии терапии причинами прекращения терапии была НЭ у 2 пациентов, разывшаяся на второй год непрерывного приема препарата, НР у 3 пациентов (два случая аллергического дерматита и один случай продолжительной диспепсии на фоне приема тофацитиниба), все случаи НР были зафиксированы в течение первого года терапии. Одна пациентка отменила тофацитиниб в связи с планирующейся беременностью. Три пациента (33,3%) продолжали лечение в течение всего периода наблюдения. В четвертой линии терапии 5 пациентов (83,3%) продолжали прием тофацитиниба более 3 лет. У одной пациентки препарат был отменен через месяц после назначения в связи с впервые появившимся сухим кашлем и одышкой на фоне проводимого лечения. В качестве пятой линии терапии тофацитиниб был назначен одному пациенту и отменен через 10 месяцев в связи с НР (рецидивирующий herpes zoster). При статистической оценке корреляционных связей между частотой возникновения НР или НЭ и клинико-демографическими показателями (пол, возраст, длительность РА, наличие сопутствующей БПВП и/или ГК) выявлено не было. Суммарная частота отмены тофацитиниба не обнаружила достоверной зависимости от очередности линии терапии.

Выводы. В реальной клинической практике тофацитиниб назначается преимущественно в качестве второй и последующих линий терапии после ГИБП. Корреляции между частотой возникновения НР или НЭ и клинико-демографическими показателями, а также частотой отмены и очередностью линии терапии выявлено не было. Необходимы исследования на более крупных когортах.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ COVID-19

Арсентьева Н.Л.¹, Арсентьева И.Л.², Агеев Н.В.³

¹Минский клинико-диагностический центр,

²Белорусский государственный
медицинский университет,

³Белорусский государственный университет,
Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Скрининговые клинико-иммунологические исследования лиц, перенесших

коронавирусную инфекцию COVID-19, помогут сформировать базу данных, на основе которых можно прогнозировать риск и особенности нарушения иммунореактивности у таких пациентов.

Материалы и методы. Нами проведено клинико-иммунологическое обследование лиц, перенесших коронавирусную инфекцию COVID-19, обратившихся на амбулаторный прием к аллергологу. Проанализированы данные анамнеза, общего и биохимического анализа крови, гемостазиограммы, иммунограммы, общего иммуноглобулина Е и специфических иммуноглобулинов Е к различным видам аллергенов (исследовались путем проведения прямого твердофазного иммуноферментного анализа).

Результаты и обсуждение. Всего нами было обследовано 112 человек, в том числе 83 женщины и 29 мужчин. Большинство пациентов (75,9%) относилось к наиболее активному возрасту (30-60 лет). По данным аллергоанамнеза, до заболевания COVID-19 в обследуемой группе чаще встречались такая аллергия, как крапивница и отеки Квинке (17,9% лиц), бронхиальная астма (14,3%), поллиноз (11,6%). Из видов сенсибилизации на первом месте была лекарственная гиперчувствительность (13,4%). В постковидном периоде 12,5% пациентов в исследуемой группе отмечали появление впервые возникших высыпаний по типу крапивницы и /или отеков Квинке, кожного зуда. Сенсибилизация к различным видам аллергенов после перенесенной коронавирусной инфекции впервые появилась у 11 лиц (9,8%), из них 9 женщин и 2 мужчин. При этом чаще встречались реакции на пищевые, бытовые и эпидермальные аллергены.

Изменения иммунного статуса у пациентов исследуемой группы были следующими: наиболее часто ($p < 0,05$) отмечалась дисфункция гуморального иммунитета, преимущественно в виде снижения уровня CD19+В-лимфоцитов (44,6% лиц). Изменения клеточного иммунитета были следующими: повышение уровней CD3+Т-лимфоцитов отмечалось у 26,8% пациентов. Активация клеточного иммунитета в виде повышения уровней CD3+CD16+CD56+ (естественных киллеров, NK) наблюдалась у 26,8% обследованных лиц. На втором месте (23,2% лиц) среди изменений клеточного звена были: повышение уровня CD3+CD4+ лимфоцитов (хелперов), снижение CD3+CD8+ лимфоцитов цитотоксических (CTL) и изменения их соотношения CD4/CD8+ (иммунорегуляторный индекс (ИРИ)), при этом ИРИ в 69,2% случаев снижался. Фагоцитарная активность нейтрофилов увеличивалась у 16,9% пациентов. Среди изменений биохимического анализа крови и коагулограммы нередкими были повышение уровней: СРБ (16,1% лиц), АЛТ (15,2%), фибриногена (15,2%), Д-димеров (7,1%), снижение уровня витамина Д (7,1%). Увеличение уровня глюкозы выше нормы наблюдалось у 12,5% лиц.

Выводы. Нозологическая структура аллергических заболеваний у пациентов исследуемой группы, перенесших коронавирусную инфекцию COVID-19, в целом соответствует таковой в доэпидемический период.

Наиболее частыми ($p < 0,05$) изменениями иммунной реактивности у пациентов исследуемой группы, были снижение уровня CD19+В-лимфоцитов (44,6% лиц), также отмечались дисфункция клеточного звена со склонностью к сдвигу в сторону аллергических или аутоиммунных процессов, повышение фагоцитарной активности нейтрофилов (16,9%).

В постковидном периоде нередко отмечалось повышение СРБ (16,1% лиц), фибриногена (15,2%), что расценивалось как признаки персистирования воспалительного процесса.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ВЗРОСЛЫХ В ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Архипина С.А.

Орловский государственный университет
имени И.С. Тургенева,
г. Орёл

Цель исследования. Изучить клиничко-эпидемиологические аспекты новой коронавирусной инфекции у взрослых в Орловской области.

Материалы и методы. В сложившихся условиях пандемии коронавирусной инфекции с 2020 г. многие стационары области были перепрофилированы под ковидные госпитали. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с новой коронавирусной инфекцией, находившихся на лечении в ковидном госпитале больницы им. С.П. Боткина г. Орла и ковидном госпитале БУЗ Орловской области Кромская ЦРБ с апреля 2020 г. по декабрь 2021 г.

Результаты и обсуждение. В 2000 г. на стационарном лечении суммарно в двух ковидных госпиталях находилось 3877 больных, в 2021 г. – 7089 пациентов с диагнозом «Новая коронавирусная инфекция (COVID-19)». Преобладали пациенты с направлением медучреждений, что составило 84,8% в 2020 г.; 81,3% в 2021г. Лабораторно подтвержденные случаи заболевания в 2020 г. составили 2757 (71,1%); в 2021 г. – 5360 (75,6%). На долю неподтвержденной коронавирусной инфекции приходилось 28,9% в 2020 г. и 24,4% в 2021 г. Женщины болели чаще мужчин: 2220 пациентов в 2020 г. (57,3%) и 4269 в 2021 г. (60,2%). Коронавирусной инфекцией преимущественно болели пациен-

ты 50-59 лет и 60-69 лет и составили соответственно 1128 (29,1%) и 1140 (29,4%) в 2020 году; 1602 (22,6%) и 2273 (32,1%) в 2021 году от общего числа пролеченных больных. В то же время лица до 30 лет болели реже всех: 166 больных (4,3%) в 2020 г.; 232 пациента (3,3%) в 2021 г. Заболевание преимущественно протекало в средней степени тяжести (93,1% в 2020 г.; 77,9% в 2021 г.). Тяжелое течение составило 6,9% и 22,1% соответственно. За исследуемый период у 97,2% пациентов с COVID-19 диагностирована пневмония. В ряде случаев у больных развились осложнения в виде инфекционно-токсической нефропатии (3,5%), токсического гепатита (2,5%). Летальные исходы отмечались в 3,4% в 2020 г. и 4,1% в 2021 г. Из числа хронических фоновых заболеваний встречались артериальная гипертония (43,4%); сахарный диабет (15,5%); ИБС (9,8%); хронический пиелонефрит (4,7%); ХОБЛ (2,2%); бронхиальная астма (2,1%); онкологические заболевания (1,3%); психические заболевания (0,9%); хронические гепатиты и циррозы (0,3%). В 2021 г. привитые составили 23,7% из всех госпитализированных.

Выводы. На сегодняшний день коронавирусная инфекция остается самой актуальной проблемой здравоохранения, с преимущественным поражением лиц пожилого возраста, женского пола, на фоне хронической сопутствующей патологии, с тенденцией более тяжелого течения в 2021 г. по сравнению с 2020 г. Низкий процент привитых способствует увеличению больных с тяжелым течением, нуждающихся в переводе в реанимационное отделение.

ОЦЕНКА ЭКСПРЕССИИ МОЛЕКУЛЯРНЫХ БИОМАРКЕРОВ – АЦЕТИЛИРОВАННОГО А-ТУБУЛИНА, БЕЛКА DNAH5 В НАЗАЛЬНОМ ЭПИТЕЛИИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА

Асташонок А.Н.¹, Петрученя А.В.²,
Полещук Н.Н.¹

¹Республиканский научно-практический центр
эпидемиологии и микробиологии,

²Белорусский государственный
медицинский университет,
Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Оценить экспрессию молекулярных биомаркеров (ацетилованного α -тубулина, белка DNAH5) в «щеточных» биоптатах для определения дисфункции двигательной активности ресничек при хронических заболеваниях респираторного тракта.

Материалы и методы. Клиническое обследование проводилось в педиатрическом отделении 3-ей городской детской клинической больницы г. Минска. Проведено иммуноцитохимическое исследование 80 образцов биоматериала (мазки-соскобы из носовой полости), полученных от 80 пациентов, разделенных по клиническим критериям на три группы. Первую группу (I, n=13) составили условно-здоровые дети (контроль). Во вторую группу (II, n=56) вошли пациенты с острыми и/или рецидивирующими заболеваниями респираторного тракта (обструктивный бронхит, рецидивирующий трахеобронхит, интерстициальная пневмония, фаринго-трахеит, бронхиальная астма и др.). Третью группу (III, n=11) составили дети с цилиарными дискинезиями, имеющие в анамнезе хронические заболевания легких (синдром Картагенера, первичная цилиарная дискинезия, бронхоэктатическая болезнь. На обработанные мазки наносили разведения первичных антител: 1) для детекции DНАH5 белка (1:500); 2) для α -тубулина (1:500). Применялись первичные и вторичные антитела следующих фирм производителей: polyclonal rabbit DНАH5 antibody (F1107D1, Cusabio); monoclonal anti-acetylated tubulin (Lys40) antibody (FNAb00082, FineTest); Alexa Fluor 488-Goat Anti Rabbit IgG (FNSA-0056, FineTest), Alexa Fluor 488-Goat Anti Mouse IgG (FNSA-0056, FineTest). Учет результатов исследования осуществляли на флуоресцентном микроскопе Nikon E50i (Япония) в зеленом спектре при пиковой длине волны 495 нм/519 нм и увеличениях x200-x400.

Результаты и обсуждение. Установлено, что при использовании первичных антител к α -тубулину и вторичных видоспецифических антител в разведениях (1:500) регистрировались более специфические сигналы флуоресценции по сравнению с другими разведениями антител (1:100; 1:200; 1:1000). Показано, что дислокация сигнала α -ацетилованного тубулина в клетках назального эпителия наблюдается как в области centrosомы, так и цитоплазмы эпителиоцитов, что связано с функциональной стабильностью аксономы реснитчатых эпителиоцитов, а также наличием в составе цитоскелета самих эпителиоидных клеток стресс-фибрилл, из которых состоят микротрубочки. Антитела тяжелой цепи динеина (т.е. белку DНАH5) применяли для идентификации локализации комплекса наружных динеиновых ручек и/или детекции их структурного дефекта, связанного с наличием определенной мутации в соответствующем гене. При использовании первичных антител к DНАH5 и вторичных видоспецифических антител в разведении (1:500) регистрировались наиболее специфические сигналы флуоресценции в зоне локализации ресничек по сравнению с другими разведениями (1:100, 1:200; 1:1000). Анализ образцов

показал сохранение функциональной активности клеток цилиарного эпителия в подавляющем большинстве (97,5%) анализируемых биопроб. Только в 2 образцах (2,5%) характерное свечение ресничек, свидетельствующее об экспрессии на их поверхности белка DНАH5, не визуализировалось.

Выводы. Результаты флуоресцентной микроскопии указывают о возможности определения в «щелочных» биоптатах экспрессии таких молекулярных биомаркеров как α -тубулин и DНАH5 при оценке дисфункции ресничек. Использование специфических флуоресцирующих антител к белку динеина (DНАH5) позволило выявить в 2 (2,5%) случаях дезорганизацию динеиновых ручек, т.е. нарушения в организации моторно-переключательного комплекса ресничек.

ПОЛИМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ И ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ

Асфандиярова Н.С., Филиппов Е.В.,
Дашкевич О.В., Якубовская А.Г., Мосейчук К.А.,
Журавлева Н.С., Куликов С.А.

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

Цель исследования. Изучить влияние полиморбидной патологии на развитие постковидного синдрома.

Материал и методы. За период с 08.12.2020 г по 17.12.2021 г. было обследовано 278 больных с постковидными последствиями, перенесших Ковид-19 в легкой, средне-тяжелой или тяжелой форме в период с марта 2019 г. по ноябрь 2021 г. Диагноз заболевания в острый период был подтвержден либо обнаружением РНК SARS-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus-2 – новый коронавирус тяжелого острого респираторного синдрома-2) при взятии мазка из носоглотки (метод полимеразной цепной реакции), либо обнаружением антител класса IgM в острый период или IgG в период реконвалесценции (метод иммуноферментного анализа), из них 67 мужчин и 211 женщин в возрасте 18-85 лет. Все больные прошли анкетирование, а также, при необходимости, были обследованы у врачей различных специальностей (кардиологов, пульмонологов, гастроэнтерологов, эндокринологов и пр.). Полиморбидная патология (2 и более заболеваний у одного пациента) выявлена у 224 пациентов. Больные были разделены на 2 группы в зависимости от степени тяжести течения заболевания в острый период и длительности проявлений постковидных симптомов (до 12 недель и более). Состояние кле-

точного иммунитета оценивали с помощью реакции бласттрансформации лимфоцитов периферической крови (морфологический метод оценки реакции) в ответ на ФГА. Контрольная группа включала 200 практически здоровых человек аналогичного пола и возраста, не вакцинированных и не болевших коронавирусом инфекцией.

Результаты. Полиморбидная патология (2 и более заболеваний у одного пациента) выявлена у 111/148 пациентов с постковидным синдромом, перенесших коронавирусную инфекцию в легкой форме и у 113/130 больных, перенесших заболевание в средне-тяжелой и тяжелой форме ($p < 0,05$). Установлено снижение пролиферативной активности лимфоцитов в ответ на ФГА у пациентов, перенесших Ковид-19, как в легкой ($51,4 \pm 1,1\%$, $p < 0,01$), так и тяжелой форме ($49,3,4 \pm 1,2\%$, $p < 0,001$), более выраженное у последних в первые три месяца после острого периода патологического процесса. Снижение клеточного иммунитета ассоциируется с наличием полиморбидной патологии, в генезе которой принимает участие система иммунитета (герпетическая инфекция, онкологические и аутоиммунные заболевания и пр.).

Выводы. Полиморбидная патология чаще встречается у пациентов с постковидным синдромом, перенесших тяжелую форму заболевания в острый период. Множественные хронические заболевания, в генезе которых принимает участие система иммунитета (герпетическая инфекция, онкологические и аутоиммунные заболевания и пр.) ассоциируется с выраженным нарушением пролиферативной активности лимфоцитов, и это определяет тяжесть течения постковидных последствий как в период до 3 мес, так и далее.

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ЭЛЕКТРОННЫХ СИСТЕМ НАГРЕВАНИЯ ТАБАКА (ЭСНТ) НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ НЕ МОТИВАЦИВИРОВАННЫХ К ОТКАЗУ ОТ КУРЕНИЯ

Асямов К.В., Тарумов Д.А.

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

Цель исследования. Выявить результаты оценки влияния ЭСНТ на качество жизни путем индивидуального опроса, оценить эффективность (ЭСНТ) лицами со стажем курения табака более 5 лет при избавлении от никотиновой зависимости.

Введение. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), к концу этого столетия от

болезней, связанных с табаком, умрет один миллиард человек. Отказ от табакокурения – золотой стандарт, но согласно статистики, существует % который не мотивирован и не хочет избавиться от своей проблемы.

Материалы и методы. Важную роль в профилактике и в составе комплексного лечения хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) играет отказ от курения. Однако когорта курящих людей неоднородна и представлена тремя группами: 1-я группа – стойко желающие отказаться от курения и ориентированы на самостоятельное достижение эффекта; 2-я группа – нацелены на возможный отказ от курения, но полностью еще не решившиеся и избегающие радикального одномоментного отказа, желающие использовать фармакологическую коррекцию и методы немедикаментозной терапии; 3-я группа – стойко не желающие отказываться от курения табака.

1. Стойко желающие отказаться от курения, исп. НЗТ+психотерапию. Мотивированы.

2. Не мотивированы, но готовы перейти на ЭСНТ нзт психо.

3. Не мотивированы, стойко не желающие отказываться от курения табака.

С представителями 1-й группы в ходе избавления от никотиновой зависимости достаточно лишь осуществлять психотерапевтическую поддержку со стороны медицинского персонала путем вербального приободрения, тогда как с представителями двух других групп в ходе инициации/усиления их мотивации к полному отказу от курения табака помимо медикаментозных и немедикаментозных мероприятий целесообразно использовать электронные системы нагревания табака в рамках концепции снижения вреда.

Было обследовано 35 человек с синдромом зависимости от никотина (19 мужчины, 16 женщин) со средним возрастом 39 лет, со стажем курения более 5 лет. С целью отказа от курения все обследуемые перешли на применение электронной системы нагревания табака и через 2 недели после этого были опрошены.

Результаты и обсуждение. Все наблюдаемые лица, в сравнении с курением сигарет, отмечали:

Баллы

- улучшение вкуса 5б;

- улучшение обоняния 5б;

- исчезновение кислого и горького привкусов во рту 3б;

- улучшение носового дыхания 5б;

- уменьшение/исчезновение кашля 4б;

- уменьшение/исчезновение приступов изжоги 3б;

- улучшение состояния слизистой оболочки языка 4б;

- уменьшение/исчезновение храпа 4б.

Тем не менее, некоторые наблюдаемые ($n=5$) отмечали отсутствие чувства удовлетворенности («насыщения») табаком при использовании ЭСНТ.

Выводы. Всем пациентам с никотиновой зависимостью показан полный отказ от курения и употребления иных форм табака. Однако добиваться повышения мотивации у лиц, твердо не нацеленных на отказ от курения (с высокой степенью зависимости), необходимо постепенно и настаивать на этом при каждом посещении врача. Для этого в ходе клинической практики, помимо медикаментозных и немедикаментозных методов, рекомендуется предлагать пациенту переход на ЭСНТ. Данное мероприятие позволяет улучшить качество жизни, снижает поведенческую психологическую привязанность к сформированному в течение многих лет способу употребления табака и психологическую привязанность к сформировавшемуся образу сигареты.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ ТРОМБОФИЛИИ В СОЧЕТАНИИ С АНГИОДИСПЛАЗИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОБРАТИМОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ВАЗОКОНСТРИКЦИИ

Афанасьева М.Ю., Голдобин В.В., Ключева Е.Г.
Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Синдром обратимой церебральной вазоконстрикции (СОЦВ) характеризуется возникновением сегментарного мультифокального спазма мозговых артерий, спонтанно разрешающегося в течение 3 месяцев. СОЦВ клинически проявляется развитием острой головной боли в сочетании с возможными очаговыми и/или общемозговыми симптомами, реже судорожными пароксизмами.

Цель исследования. Определение частоты встречаемости ангиодисплазий в сочетании с полиморфизмами генов тромбофилии у пациентов с СОЦВ.

Материалы и методы. Обследовано 22 пациента ($37,5 \pm 10,9$ лет), соответствующих критериям СОЦВ: 17 (75,0%) женщин ($37,0 \pm 11,1$) и 5 (25,0%) мужчин ($38,2 \pm 11,3$ года). Проводимые исследования пациентов включали рутинное неврологическое обследование, МР-артериографию на томографах 1,5 или 3 Тл в аксиальной, корональной и саггитальной плоскостях и молекулярно-генетическое исследование полиморфизмов, предрасполагающих к тромбофилии: в генах метилентетрагидрофолатредуктазы, ингибитора активатора

эндотелиального плазминогена (РА1 1), бета-полипептидной цепи фибриногена, фактора 5 Leiden, гликопротеинов Ia-IIa и Gp IIIa.

Результаты. Наличие ангиодисплазии было выявлено у 20 (90,9%) пациентов – 15 (75,0%) женщин и 5 (25,0%) мужчин. Полиморфизм С677Т обнаружен у 10 (45,5%) пациентов; в гомозиготном состоянии у 2, в гетерозиготном – у 8. Полиморфизм А1298С был выявлен в гетерозиготном состоянии у 4 (18,2%) пациентов. Полиморфизм РА1 1 наблюдался у 16 (72,7%) пациентов – в гомозиготном виде у 4, в гетерозиготном – у 12. G455A был у 9 (40,9%) пациентов – гомозигота у 3, гетерозигота у 6. Лейденский полиморфизм определили у 4 (18,2%) пациентов – в гомозиготном виде у 3, в гетерозиготном – у 1 пациента. Полиморфизм гена гликопротеина Ia-IIa был обнаружен у 5 (22,7%) пациентов – в гомозиготном варианте у 1, в гетерозиготном у 5. Полиморфизм гликопротеина IIIa отмечался у 6 (27,3%) пациентов. У всех обследованных с ангиодисплазией выявлялся, по крайней мере, один алиморфизм в гомозиготном или гетерозиготном состоянии.

Обсуждение. В обследованной группе пациентов наиболее распространенным было сочетание ангиодисплазии с полиморфизмом гена РА1 1. Полученные данные являются основой для дальнейшего изучения предрасполагающих факторов и коморбидных изменений при СОЦВ.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АКСИАЛЬНОГО СПОНДИЛОАРТРИТА У ЖЕНЩИН

Ахмедова Ш.Ш., Джурасева Э.Р., Ганиева Н.А.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучить особенности течения аксиального спондилоартрита у женщин.

Материал и методы. Обследовано 12 пациентов с достоверным диагнозом АС, находившихся на стационарном лечении в отделениях ревматологии и кардиоревматологии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Среди больных АС было 7 женщин (58,3%) и 5 мужчин (41,7%), средний возраст больных ($M \pm m$) составил $36,4 \pm 0,9$ года, длительность заболевания АС у мужчин – $14,6 \pm 0,6$ лет, а у женщин – $15,1 \pm 1,1$. Активность заболевания определялась с помощью индекса BASDAI. Всем пациентам проводилось общеклиническое исследование, объективное исследование, рентгенологическое исследование костей таза, позвоночника, пораженных периферических суставов; иммунологические

исследования и определения антигена HLA-B27. Боль в спине и суставах оценивали за последнюю неделю по визуальной аналоговой шкале (ВАШ).

Результаты и обсуждение. Результаты проведенных исследований показали, что HLA-B27-антиген выявлен у большинства пациентов обеих групп. При этом у 86,6% мужчин и у 91,7% женщин выявлен этот антиген. Интенсивность боли по ВАШ у женщин с АС ($4,8 \pm 3,4$ мм) была значительно выше, чем у мужчин ($2,9 \pm 2,3$ мм). Активность АС согласно индексу BASDAI у мужчин $3,6 \pm 0,2$ балла, что соответствовало умеренной степени а у женщин $4,8 \pm 0,3$, то есть имела место высокая степень активности. По результатам анализа крови у женщин определен уровень гемоглобина $92,0$ г/л, СОЭ около $- 28,6$ мм/час по сравнению с показателями мужчин: где уровень гемоглобина $- 101,3$ г/л; СОЭ $- 20,5$ мм/час. Установили, что у женщин имелись достоверно более высокая активность заболевания, которая оценивалась по BASDAI, худший функциональный статус, значительное снижение качества жизни. Сравнительный анализ уровня СРБ показал более высокие значения у женщин I группы ($35,1$) по сравнению мужчин где С Реактивный белок $- 28,6$. У женщин с АС характерно более медленное прогрессирование процесса в позвоночнике и крестцово-подвздошных сочленениях (частота III степени сакроилеита при одинаковой давности болезни составила 28% у женщин и 45,7% у мужчин), частое поражение шейного отдела позвоночника (анкилозы артрита дуготросчатых суставов в 20% случаев против 5,6% у мужчин), грудиноключичных сочленениях (в 45% случаев у женщин и 20% – у мужчин). Периферический артрит нижних конечностей был более свойственен мужчинам (34% против 28% у женщин).

Выводы. Как показали результаты нашего исследования, клиническая картина у женщин АС протекает тяжелее, начиная с ранней стадии, что проявляется более высокой активностью, функциональной недостаточностью, большей частотой внеаксиальных проявлений по сравнению с противоположным полом.

КОМОРБИДНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Ашихмина В.А., Сюнина А.В., Филимонова О.Г.
Кировский государственный
медицинский университет,
г. Киров

Цель исследования. Оценить характер и частоту коморбидной патологии у пациентов, страдающих заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Материалы и методы. Обследовано 32 пациента, находящихся на лечении в терапевтическом отделении ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Киров». У всех больных были изучены антропометрические показатели, основной и сопутствующие диагнозы, результаты лабораторных и инструментальных исследований. Также у каждого пациента был рассчитан индекс коморбидности Charlson. Среди исследуемых больных преобладали мужчины (56,3%), средний возраст составил $53,3 \pm 14,7$ года. Все пациенты были разделены на 2 возрастные группы: до 55 лет – 15 человек (46,9%), 55 лет и старше – 17 человек (53,1%).

Результаты и обсуждение. У исследуемых больных среди заболеваний ЖКТ преобладали хронический гастрит и дуоденит (84,4%), неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) (28,1%), язвенная болезнь и панкреатит (по 18,8%), хронический холецистит (15,6%), хронический вирусный гепатит и желчнокаменная болезнь (по 12,5%), реже встречались гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и синдром раздраженного кишечника (по 9,4%), цирроз печени и синдром Жильбера (по 3,2%).

У пациентов с патологией ЖКТ наиболее часто встречались болезни сердечно-сосудистой системы (ССС): гипертоническая болезнь – 59,4%, аритмии – 31,2%, ИБС (стенокардия напряжения) – 12,5%, пороки сердца и миокардиопатия – по 3,2%. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) наблюдалась у 34,4% пациентов.

Также у данных пациентов часто встречались болезни эндокринной системы: сахарный диабет (15,6%), тиреозит (3,2%), эндемический и узловый зоб (12,5%). Реже регистрировалась патология мочеполовой системы: пиелонефрит и ХПН (по 6,3%), простатит (3,2%); дыхательной системы: бронхиальная астма и ХОБЛ (по 3,2%); болезни кожи: псориаз (6,3%). Алиментарно-конституциональное ожирение было обнаружено у 14 человек (43,8%), анемия – у 4 человек (12,5%).

В первой группе (до 55 лет) преобладали заболевания ССС (33,3%) и эндокринной системы (33,3%); во второй группе (от 55 лет и старше) самой часто встречаемой являлась патология ССС (88,2%); далее – болезни эндокринной системы (35,3%).

У мужчин преобладали заболевания верхних отделов ЖКТ (гастрит и дуоденит); у женщин – заболевания гепатобилиарной системы (панкреатит и НАЖБП). И у мужчин, и у женщин среди сопутствующей патологии наиболее часто встречаются болезни ССС – они имеются у 61,1% и 85,7% соответственно. При этом самыми частыми патологиями являются ГБ и ХСН.

Также был подсчитан индекс коморбидности Charlson, который имеет прогностическое значение. Он преобладал во 2 группе (55 лет и старше) – $4,06 \pm 1,66$, в 1 группе (до 55 лет) он составил $2,07 \pm 1,7$

баллов ($p=0,002$). Между мужчинами и женщинами достоверного различия в индексе коморбидности выявлено не было.

Выводы. В нашем исследовании мы выявили, что мужчины чаще страдают болезнями верхних отделов ЖКТ, а женщины – гепатобилиарной системы. Среди коморбидной патологии у таких больных наиболее часто встречается патология ССС и эндокринной системы, а наиболее редко – поражение дыхательной системы и кожи. Пациенты более старшего возраста имеют меньшую 10-летнюю выживаемость, чем молодые.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГРИБОВ РОДА CANDIDA НА ПРИМЕРЕ ЛАБОРАТОРНОГО МАТЕРИАЛА, ПОЛУЧЕННОГО ОТ ИММУНОСУПРЕССИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Байракова А.Л.^{1,2}, Федькина Ю.А.², Лахтин В.М.¹

¹Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии

имени Г.Н. Габричевского,

²Московский государственный

медико-стоматологический университет

имени А.И. Евдокимова,

Москва

Риск развития микотической инфекции у иммунокомпетентных больных, ассоциируется не только с ухудшением тяжести состояния, но и ранним летальным исходом.

Цель работы. Изучение частоты встречаемости грибов рода *Candida* у иммунокомпетентных больных, впервые поступивших в медицинское учреждение для оказания первичной медицинской помощи.

Материалы и методы. Отбор биологического материала производился «случайным» образом (всего 34 образца, включающих отделяемое верхних и нижних дыхательных путей: мазков с ротоглотки, мокроты, бронхоальвеолярного лаважа и плевральной жидкости), не ранжируемого согласно полу или возраста пациента. Единственным критерием «отбора» материала служило лабораторно подтвержденная иммуносупрессия организма. Исследование образцов, в том числе идентификацию грибов проводили согласно Приказу Минздрава СССР от 22 апреля 1985 г. N535 «Об унификации микробиологических исследований, применяемых в клинико-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений». В качестве дополнительных методов исследований использовали хромогенные среды (Oxoid), тест-системы CANDIDAtest 21 и MALDI-TOF масс-спектрометрию.

Результаты и обсуждение. Оценка микробного пейзажа показало высокую распространенность грибов рода *Candida* в трех из четырех типов биологического материала (в плевральном выпоте грибы рода *Candida* не встречались). Наиболее распространенными явились *Candida albicans* – количественные показатели варьировали от $5 \cdot 10^7$ до 10^4 КОЕ/мл для материала верхних дыхательных путей: мазков из респираторного тракта; от 10^6 до $5 \cdot 10^3$ КОЕ/мл для мокроты и бронхоальвеолярного лаважа не превышало $5 \cdot 10^3$ КОЕ/мл. На втором месте, практически с равной частотой встречаемости, идентифицированы *Candida glabrata* и *Candida tropicalis*: максимальные количественные значения установлены для материала из верхних дыхательных путей – $5 \cdot 10^6$ до $5 \cdot 10^3$ КОЕ/мл и 10^6 – 10^3 КОЕ/мл; мокроты – $5 \cdot 10^5$ до 10^2 КОЕ/мл и бронхоальвеолярного лаважа от 10^5 до $5 \cdot 10^4$ КОЕ/мл, соответственно. Необходимо акцентировать внимание на выявляемость таких грибов, как *Candida dubliniensis* и *Candida parapsilosis*: согласно результатам данного исследования уровень обсемененности материала был примерно одинаков и составлял $5 \cdot 10^4$ КОЕ/мл для мазков из респираторного тракта/мокроты и $5 \cdot 10^3$ КОЕ/мл – бронхоальвеолярного лаважа. На основании проведенного исследования не было зафиксировано ни одного случая обнаружения *Candida auris*, в том числе других инфекционных агентов, вызывающих кандидозы.

Выводы. На примере лабораторного материала (отделяемого верхних и нижних дыхательных путей) установлено видовое разнообразие и количественные показатели грибов рода *Candida*: обнаружение часто встречаемых и распространенных грибов рода *Candida* свидетельствует о благоприятной эпидемиологической обстановке, хотя не должно ослаблять внимание и может явиться основанием для дальнейшего исследований с учетом расширения разнообразия инфекционных патологий и типа биологического материала.

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19

Балукова Е.В., Ермолаева Л.Г., Шабалина М.О.
Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить частоту симптомов со стороны ЖКТ у пациентов с инфекцией COVID-19.

Материалы и методы. Обследовано 132 пациента с идентифицированным вирусом COVID-19 (78 женщин, 54 мужчины), находившихся на амбулаторном лечении. Средний возраст пациентов составил $46,7 \pm 11,2$ лет. Легкое течение болезни отмечалось у 43%, средней тяжести – 45%, тяжелое течение, потребовавшее госпитализации – 12% пациентов.

Результаты. Гастроэнтерологические проявления инфекции COVID-19 наблюдались у 71,2% больных ($n=94$). У 82,9% ($n=78$) обследованных выявлялось извращение вкуса, 56,3% ($n=53$) – снижение аппетита, 63,8% ($n=60$) – тошнота, 11,7% ($n=11$) – рвота, 38,3% ($n=36$) – абдоминальная боль, 82,9% ($n=78$) – метеоризм. Диарея встречалась у 29,8% пациентов ($n=28$). При этом у 5 пациентов (5,3%) со среднетяжелым и тяжелым течением заболевания частота стула достигала 10-12 раз в сутки, тип 6 по Бристольской шкале с примесью слизи, прожилками крови. В основном это были пациенты, получавшие длительную антибактериальную терапию (макролиды, цефалоспорины, фторхинолоны). У 17,4% ($n=23$) были выявлены лабораторные признаки поражения печени – повышение уровня АСТ, АЛТ, общего билирубина, не превышающее ЗВГН.

Выводы. Симптомы со стороны ЖКТ у больных с COVID-19 могут быть обусловлены как прямым цитопатическим действием вируса SARS-CoV-2, так и побочными эффектами препаратов, применяемых для лечения инфекции (противовирусные, антибактериальные, жаропонижающие).

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Балукова Е.В., Ермолаева Л.Г., Шабалина М.О.
Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Выявить частоту поражения печени и поджелудочной железы у больных с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы. Обследовано 87 пациентов с МС. Всем пациентам выполнялась липидограмма, УЗИ органов брюшной полости, ЭХО-КГ, подсчет Fatty Liver Index (FLI), NAFLD fibrosis score.

Результаты. У 81,6% пациентов ($n=71$) были выявлены УЗ-признаки стеатоза печени (СП), у 64,4% ($n=56$) – стеатоза поджелудочной железы (СПЖ). Наблюдалась положительная корреляционная связь между УЗ-признаками СП и СПЖ ($r=0,584$; $p<0,001$). Сочетание СП и СПЖ отмечалось у 62 пациентов (71,2%). Изолированно СП встречался

в 19,5% ($n=17$), СПЖ – в 9,1% ($n=8$). По данным FLI высокая вероятность СП ($FLI>60$) обнаружена у 78,2% ($n=68$); пограничные значения ($FLI 30-60$) – у 14,9% ($n=13$), маловероятный СП ($FLI<30$) – у 6,9% ($n=6$). По шкале NAFLD fibrosis score высокая вероятность выраженного фиброза печени ($>0,676$) выявлена у 32,2% пациентов ($n=28$), пограничные значения (диапазон 0,676 и -1,455) – у 54% ($n=47$), отсутствие фиброза (ниже -1,455) – у 13,8% ($n=12$). Достоверные корреляционные связи были выявлены между признаками СП, СПЖ и уровнем ТГ ($r=0,438$, $p=0,004$; $r=0,389$, $p=0,007$ соответственно), ЛПНП ($r=0,590$, $p<0,001$; $r=0,342$, $p=0,068$); ЛПОНП ($r=0,498$, $p<0,001$; $r=0,256$, $p=0,039$), ЛПВП ($r=-0,238$, $p=0,057$). Средние значения толщины эпикардального жира (ТЭЖ) у пациентов со СП составили $5,36 \pm 1,68$ мм, без СП – $2,4 \pm 1,18$ мм ($p<0,001$); у пациентов со СПЖ – $4,54 \pm 1,8$ мм, без СПЖ – $3,49 \pm 1,59$ ($p=0,008$). Выявлены достоверные корреляционные связи между значениями ТЭЖ, индексом FLI ($r=0,778$, $p<0,001$) и NAFLD fibrosis score ТЭЖ ($r=0,45$, $p<0,001$).

Выводы. Выявленные взаимосвязи позволяют рассматривать СП и СПЖ в качестве основных маркеров МС.

БЕЗОПАСНОСТЬ ИНАКТИВИРОВАННОЙ ТРЕХВАЛЕНТНОЙ ПРОТИВОГРИППОЗНОЙ ВАКЦИНЫ У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ И ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ)

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

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

Цель исследования. Изучить безопасность инактивированной трехвалентной вакцины против гриппа у больных анкилозирующим спондилитом (АС) и псориатическим артритом (ПсА).

Материал и методы. Проведено открытое проспективное сравнительное исследование. Основную группу составили 12 больных АС и 9 пациентов с ПсА. В контрольную группу были включены 18 человек без иммуновоспалительных ревматических заболеваний. Возраст участников исследования в обеих группах составил от 25 до 65 лет. Большинство боль-

ных и лиц контрольной группы были мужчины (81% и 67%, соответственно). Средняя продолжительность заболевания у больных АС и ПсА составила 14.2 ± 11.2 лет. На момент включения в исследование большинство пациентов ($n=16$) имели низкую активность заболевания ($BASDAI < 4$). 8 больных получали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) или НПВП в комбинации с сульфасалазином, 13 – иммуносупрессивную терапию (1 – метотрексат, 1 – лефлуномид, 6 – ингибиторы ФНО- α , 5 – ингибиторы ИЛ-17). Противогриппозную инактивированную трехвалентную вакцину вводили в количестве 1 дозы (0,5 мл) в дельтовидную мышцу плеча на фоне проводимой антиревматической терапии. Участники исследования находились под наблюдением в течение 6 месяцев после вакцинации.

Результаты. У 91% больных АС и ПсА и 89% лиц контрольной группы переносимость вакцинации была хорошей. По два человека из каждой группы сообщили о боли в месте введения вакцины, которая у трех участников исследования купировалась в течение первых суток, у одной больной ПсА – в течение 5 дней после вакцинации без приема дополнительных лекарственных средств. Другие местные, а также системные реакции не зарегистрированы. Обострения АС и ПсА за время наблюдения не было (значение индекса BASDAI на первом визите составила $2,9 \pm 2,1$, через 1-3 месяца – $2,6 \pm 1,4$, через 6 месяцев – $1,5 \pm 0,97$). Формирования новых аутоиммунных феноменов не отмечено.

Выводы. Предварительные данные свидетельствуют о достаточной безопасности инактивированной трехвалентной противогриппозной вакцины у больных АС и ПсА. Необходимы дальнейшие исследования для подтверждения безопасности, а также иммуногенности и клинической эффективности указанной вакцины.

МЕСТО ПРОБИОТИКОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ COVID-19

Барышникова Н.В.

Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет,
Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет имени И.П. Павлова,
Институт экспериментальной медицины,
Санкт-Петербург

Изучение вопросов оптимизации лечения и профилактики острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) является крайне актуальным и

приобрело особую значимость во время пандемии COVID-19. В условиях дисбиоза кишечника отмечается более тяжелое и длительное течение ОРВИ, что может быть сопряжено с изменением иммунологических эффектов кишечной микробиоты, недостаточностью ряда факторов местного и общего иммунитета и нарушением функционирования оси «кишечник-легкие». Патогенетически оправдано использование препаратов для коррекции нарушений микробиоты кишечника (пробиотиков) у пациентов с ОРВИ, в том числе принимающих антибиотики по поводу бактериальных осложнений. Пробиотики оказывают иммуномодулирующие эффекты, могут напрямую связываться с вирусом и ингибировать прикрепление вируса к рецептору клетки-хозяина, а также способствуют улучшению работы клеточного, гуморального и местного иммунитета. Пробиотики являются высоко безопасными лечебными средствами, что расширяет возможности их применения у лиц разного возраста, в том числе у маленьких детей и пожилых пациентов.

Доказательная база по взаимосвязи между COVID-19 и микробиотой кишечника еще мала. Но с каждым днем появляется все больше исследований, в которых четко прослеживается связь нарушений кишечной микробиоты с более тяжелым течением новой коронавирусной инфекции. Особенности состава кишечной микробиоты могут определять вероятность развития и выраженность клинических проявлений инфекции COVID-19, что особенно актуально для пациентов с тяжелыми факторами риска. В систематических обзорах обсуждается иммуномодулирующая, противовирусная, противовоспалительная активность пробиотиков. В рандомизированных исследованиях среди амбулаторных взрослых пациентов с симптомами COVID-19 было выявлено, что применение пробиотиков снижает вирусную нагрузку, уменьшает инфильтрацию в легких по сравнению с плацебо. Пробиотики способствуют уменьшению риска развития вторичных инфекций при COVID-19, могут помочь уменьшить воспалительную реакцию, «цитокиновый шторм» и респираторные симптомы за счет укрепления иммунной системы хозяина, в том числе посредством улучшения микробиома кишечника и восстановления барьерной функции кишечника. Следует помнить, что жалобы со стороны пищеварительной системы в случае инфицирования COVID-19 могут быть вызваны как персистенцией вируса в желудочно-кишечном тракте, так обусловлены появлением антибиотико-ассоциированных поражений кишечника, в особенности при бесконтрольном приеме антибактериальных препаратов некоторыми пациентами. Пробиотики способны ускорить выздоровление в обоих случа-

ях за счет восстановления кишечной микробиоты и иммуномодулирующего действия. Кроме того, включение пробиотиков в комплексную терапию коронавирусной инфекции способствует снижению предполагаемого риска развития дыхательной недостаточности, снижению числа пациентов, переведенных в отделение интенсивной терапии, и уменьшению смертности. На примере двух клинических случаев мы увидели позитивное действие бифидосодержащих пробиотиков в отношении купирования сопутствующих гастроэнтерологических жалоб (тошнота, диарея, вздутие живота) у взрослых пациентов с COVID-19.

Использование современных пробиотиков рекомендуется для профилактики и в программах комплексного лечения ОРВИ и COVID-19. Это позволяет повысить эффективность и безопасность терапии, уменьшить тяжесть течения заболевания, ускорить выздоровление, предупредить развитие осложнений (вторичные бактериальные, аллергические, гастроэнтерологические и др.).

РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ: АССОЦИАЦИЯ ОБОСТРЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ С ГЕНЕРАЦИЕЙ ВНЕКЛЕТОЧНЫХ ЛОВУШЕК ЦИРКУЛИРУЮЩИМИ НЕЙТРОФИЛАМИ

Бедина С.А., Мозговая Е.Э., Мамус М.А.,
Трофименко А.С., Спицина С.С.

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

Ревматоидный артрит (РА) характеризуется нарушением регуляции адаптивной иммунной системы. Учитывая значение, которое придает антицитруллинновым антителам (АЦЦП) в аутоиммунном ответе при ревматоидном артрите (РА), особый интерес представляет поиск субклеточных структур, которые включают наиболее типичные для РА антигены в одном компартменте и подвержены систематическому цитруллинированию. Наиболее вероятным кандидатом на роль таких структур можно рассматривать внеклеточные ловушки нейтрофилов (NET).

Цель исследования. Изучить образование внеклеточных ловушек нейтрофилами у больных РА, ассоциированное с обострением заболевания.

Материалы и методы. Исследование было проведено в соответствии с принципами Хельсинкской декларации WMA после одобрения местным

этическим комитетом. Выделение нейтрофилов периферической крови производили с помощью одноэтапного центрифугирования в двойном ступенчатом градиенте фиколла-амидотризоата. Качественный состав выделенных клеточных фракций оценивали при помощи световой микроскопии с окрашиванием по Романовскому-Гимзе, их жизнеспособность – с использованием трипанового синего, неспецифическую активацию клеток – по тесту с нитросиним тетразолием. Полученные клеточные фракции содержали низкий процент примесей и небольшое количество активированных и нежизнеспособных клеток. Индукцию образования внеклеточных ловушек нейтрофилами выполняли с использованием ФМА. Оценку спонтанного и индуцированного образования внеклеточных ловушек производили методом люминесцентной микроскопии.

Результаты и обсуждение. В исследование включены 37 больных РА (6 мужчин и 31 женщина, средний возраст 42,7 лет) с верифицированным диагнозом по критериям ACR/EULAR 2010 и 30 практически здоровых людей, составивших референтную группу. Активность РА оценивали по шкале DAS28. На момент включения в исследование активность заболевания по DAS28 не превышала 2,6 балла. У 16 (15,4%) пациентов при последующих визитах (через 3, 8 и 12 месяцев) наблюдалась активация РА с увеличением DAS28 выше 3,2 балла. Средняя доля спонтанного и индуцированного образования NET у больных неактивным РА составила: 6,0 (5,7-6,3)% и 26,9 (24,0-29,8)%, соответственно. У больных активным РА наблюдалось резкое увеличение соответствующих показателей: 16,6 (16,4-16,8)% и 38,0 (37,7-38,3)%. Как у больных активным, так и неактивным РА отмечалось достоверное увеличение доли нейтрофилов, генерирующих NET по сравнению с группой сравнения, а также достоверная разница этих показателей между активным и неактивным РА ($p < 0,05$). Темп прироста спонтанного и индуцированного образования ловушек нейтрофилами при активации РА составил 183,8% и 46,7%, соответственно. Скорость спонтанного ловушкообразования выше индуцированного в 3,9 раза. Выявлено повышенное спонтанное и индуцированное образование NET нейтрофилами АЦЦП-позитивных больных РА по сравнению с АЦЦП-негативными больными РА ($p > 0,05$).

Выводы. Таким образом, у больных РА при обострении заболевания определяется существенный рост спонтанного и индуцированного образования внеклеточных ловушек циркулирующими нейтрофилами периферической крови. Полученные нами данные дают основание рассматривать NET как возможный источник цитруллинированных аутоантигенов, участвующих в продукции аутоантител и индукции воспалительных аутоиммунных

реакции при РА. Продолжение исследований в данном направлении может способствовать разработке новых методов лечения РА.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ВЫБОРУ ТЕРАПИИ ЗАПОРОВ У ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА

Бейлина Н.И.

Казанская государственная медицинская академия,
г. Казань

Введение. Запор широко распространен в мире, отрицательно влияет на течение сопутствующих заболеваний и качество жизни пациентов, нередко связан с тревогой и депрессией. С возрастом увеличивается число лиц, страдающих запором. Роль возрастных особенностей функционирования желудочно-кишечного тракта и изменений микробиоты кишечника в формировании запоров отмечена в отечественных работах. Патогенетически обоснованная терапия запора должна нормализовать функционирование по оси мозг – кишечник/микробиота. Однако на сегодня сохраняется проблема эффективного и безопасного лечения запоров у полиморбидных пациентов.

Цель. Изучить действие комбинации метабиотика лактата кальция и пребиотиков инулина и олигофруктозы (СТИМ Лакс) на проявления запора, а также тревожности и депрессии у пожилых пациентов с запором.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 36 пациентов с запором (в соответствии с Римскими критериями IV функциональных гастроинтестинальных расстройств), в том числе 15 мужчин. Средний возраст пациентов – 62,1±1.8 года. Исключение органической природы запора проведено по анамнезу, ОАК, показателям фекального кальпротектина, кала на скрытую кровь, КС. Все пациенты имели гипертоническую болезнь, ишемическую болезнь сердца и продолжали прием гипотензивной и антиангинальной терапии по стандартам лечения данных заболеваний. Изучены: выраженность запора (Счетная шкала F. Agachan et al., 1996), клиника с помощью специализированного опросника PAC-SYM, результаты тестирования по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS). Всем пациентам назначался метапребиотик СТИМ Лакс по 1 таблетке 3 раза в день в течение 4 недель. В конце оценивалась эффективность приема препарата по счетной шкале F. Agachan et al., опросникам PAC-SYM и HADS. Статистическая обработка – Т-критерий Стьюдента.

Результаты. Лечение достигнуто снижение частоты и выраженности всех симптомов, ассоциированных с запором. Статистически значимо уменьшились баллы по счетной шкале F. Agachan et al., 1996: частота дефекаций (1,0±0,2 и 0,02±0,01); затруднение, боль, потуги при дефекации (2,2±0,1 и 0,7±0,1); неполное опорожнение (2,8±0,7 и 0,6±0,1); боли в животе (1,8±0,4 и 0,4±0,6); помощь при дефекации (0,6±0,1 и 0,06±0,02); p<0.05. Частота стула, составлявшая до лечения 3,17±1,03 раза в неделю, увеличилась до 4,83±1,27 раза (p<0.05). Достигнуто уменьшение балльной выраженности клинических симптомов по опроснику PAC-SYM: дискомфорт в животе (3,1±0,3 и 0,9±0,1); боль в животе (2,4±0,2 и 0,5±0,05); болезненное опорожнение кишечника (1,7±0,2 и 0,2±0,05); ощущение неполного опорожнения (1,7±0,2 и 0,2±0,01); трудная дефекация (1,9±0,2 и 0,1±0,01); скудная дефекация (1,2±0,2 и 0,1±0,02); p<0.05; вздутие живота (0,7±0,1 и 0,2±0,01); жжение (0,6±0,03 и 0,1±0,01); надувание при дефекации (0,6±0,1 и 0,2±0,01); p>0.005. После лечения статистически значимо уменьшилось количество пациентов с симптомами тревоги как в общей когорте исследуемых (50% и 19,4%), так и среди мужчин (33,3% и 13,3%), и женщин (61,9% и 23,8%); статистически значимо уменьшилось количество пациентов с симптомами депрессии как в общей когорте исследуемых (19,4% и 8,3%), так и среди женщин (23,8% и 9,5%).

Вывод. Получены положительные результаты лечения метапребиотиком СТИМ Лакс запора и сопровождающих его тревоги и депрессии у пожилых пациентов при хорошей переносимости терапии.

ОПРЕДЕЛИТЬ СТЕПЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Бекенова Г.Т., Аскарлов Н.Л.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Определить степень приверженности лечебного процесса у больных ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы исследования. С помощью опросника Мориски-Грина оценивали приверженность к лечению у 100 больных РА разного возраста и пола (тест состоит из 4 вопросов и оценивает приверженность к лечению). Больные с баллом 4 по тесту Мориски-Грина считались приверженными к лечебному процессу, 3 балла – недостаточно

приверженные, а получившие 2 балла и менее – не приверженные к лечебному процессу.

Полученные результаты. Исследуемые были разделены на группы по полу (мужчины – 12, женщины – 88) и возрасту 20-29 лет – 4, 30-39 лет – 10, 40-49 лет – 18, 50-59 лет – 35, 60-69 лет – 24, 70-79 лет – 8, 80 лет и старше – 1. Из обследованных по тесту Мориски-Грина приверженных больных имеющих 4 балла не выявлено, больных не достаточно приверженные составили 29, не приверженные оказалось 71. Зависимости от пола среди больных РА мужского пола недостаточно приверженных к терапии выявлено 25% и не приверженных 75%, в тоже время этот показатели у женщин составили 3% и 69% соответственно. В возрастном аспекте были определены следующие показатели 20-29 лет не достаточно привержены 75%, не приверженных 25%, 30-39 лет не достаточно приверженные и не приверженные составили по 50%, 50-69 лет недостаточно приверженные 20%, и не приверженные 80%, 40-49 лет недостаточно приверженные 39% и не приверженные 61%, 60-69 лет не достаточно приверженные 42%, и не приверженные 58%, 70-79 лет 25% недостаточно приверженные, не приверженные 75%, в возрасте старше 80 лет недостаточно приверженные 100%.

Вывод. У обследованных больных выявлено зависимость к приверженности от пола и возраста. В зависимости от пола у мужчин не достаточная приверженность оказалось выше, чем у женщин. В возрастном аспекте среди больных в возрасте 20-29 лет и старше 80 лет показатель не достаточной приверженности, а возрасте 50-59 лет уровень не приверженности оказалось выше.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ПНЕВМОНИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С COVID-19

Белополова М.П., Денисов М.Ю.

Новосибирский государственный университет,
г. Новосибирск

Желудочно-кишечные симптомы являются частыми клиническими появлениями при COVID-19. Известно, что наиболее частыми являются кишечные, диспепсические проявления и абдоминальный болевой синдром. При поражении желудочно-кишечного тракта могут отмечаться признаки поражения печени с повышением активности трансаминаз.

Цель исследования. Изучить особенности поражения желудочно-кишечного тракта у пациентов с пневмонией, вызванной вирусом SARS-CoV-2.

Материалы и методы. Обследовано 30 пациентов, из них 6 мужчин (53,3%) и 14 женщин (46,6%), с внебольничной пневмонией, ассоциированной с COVID-19. Средний возраст пациентов – 71,8±10,1 лет. Исследование проводилось с середины 2020 по лето 2021 г. Проводился тщательный анализ анамнестических данных (сбор жалоб, данные объективного осмотра), клинико-лабораторных и инструментальных исследований.

Результаты и обсуждения. Согласно клинико-рентгенологическим данным, у всех пациентов выявлена полисегментарная пневмония, двустороннее поражение легких – у 28 (93,3%), средней степени тяжести – у 25 человек (83,3%). У большинства обследованных (80,0%) констатирована дыхательная недостаточность I степени тяжести. У пациентов, включенных в исследование, диагностированы следующие коморбидные заболевания: у 27 пациентов (90,0%) – хронические заболевания сердечно-сосудистой системы (длительная артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца (стенокардия напряжения, постинфарктный кардиосклероз, аритмии), у 6 человек (20,0%) – сахарный диабет 2 типа, у половины пациентов – ожирение и избыточная масса тела.

У каждого второго пациента нами выявлены те или иные нозологические формы поражения желудочно-кишечного тракта у обследованных пациентов с коронавирусной инфекцией. Так, антибиотик-ассоциированная диарея, дебютировавшая при старте антибактериальной терапии, определена у 16 человек (53,3%), острый коронавирусный гастроэнтерит – у 6 (20,0%), лекарственный гепатит, проявившийся синдромом цитолиза – у 5 (16,6%), специфичная для COVID-19 анорексия – у 4 (13,3%), функциональный запор – также у 4 пациентов (13,3%). Нами установлено, что наиболее ранними пищеварительными расстройствами, появившимися в течение 72 ч после поступления в стационар, оказались рвота, диарея (средний срок появления – 1,0 сут), тошнота (2,1 сут). В последующие дни пациенты отмечали дисгевзию, гипосмию (3,8 сут), приступообразную боль в животе (5,4 сут), трудности при дефекации (10,5 сут). Указанные расстройства потребовали дополнительного обследования, в частности УЗИ, коррекцию перистальтики кишечника, назначение лечебного питания и пробиотиков. Оценивая продолжительность гастроэнтерологических симптомов у обследованных пациентов, отметим, что наиболее длительными расстройствами оказались дисгевзия и гипосмия (31,2 сут), в то же время остальные симптомы нивелировались в течение одной недели.

Заключение. У обследованных пациентов с COVID-19 установлена преимущественно двусторонняя полисегментарная пневмония средней степени тяжести с дыхательной недостаточностью I степени. При коронавирусной пневмонии у половины пациентов выявлены признаки поражения желудочно-кишечного тракта (антибиотик-ассоциированная диарея, острый вирусный гастроэнтерит, лекарственный гепатит, функциональный запор). Наиболее частыми гастроэнтерологическими симптомами оказались диарея, абдоминальная боль, дисгевзия и гипосмия, проявившиеся на первой неделе заболевания.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Бердовская А.Н.

Гродненский государственный
медицинский университет,
г. Гродно, Республика Беларусь

Цель. Изучить особенности черепно-мозговой травмы у детей, причины ее получения, клиническую картину.

Материалы и методы. Проанализированы 248 медицинских карт пациентов, госпитализированных в неврологическое отделение УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» за год.

Результаты и их обсуждение. Обследованы дети от 28 дней жизни до 15 лет. Мальчики составили 145 (58%), девочки – 130 (42%). Их возраст распределился следующим образом: дети до 1-го года составили 69 (27%), дошкольного – 106 (42%), школьного возраста – 73 (31%) человек. Среди дошкольников преобладали пациенты, не посещающие детские дошкольные учреждения 80 (75%).

Чаще всего за медицинской помощью обращались летом 76 (30%), реже осенью 66 (26%), весной 60 (24%). Наименьшее количество госпитализаций произошло зимой – 46 (20%). Время наступления травмы: до 12.00 – 58 (28%), с 12.00 до 18.00 – 130 (52%), с 18.00 до 22.00 – 57 (23%). 1 ребенок получил травму после 24.00, двое родителей не смогли уточнить время наступления травмы. 56% пациентов обратились за медицинской помощью в течение часа после наступления травмы, 42% – в течение трех часов. 12 (5%) пациентов связывают травму с дорожно-транспортным происшествием, 233 (93%) отмечают бытовую травму, 4 (2%) – травму отрицают.

В 4 случаях диагностирована открытая, в 245 случаев – закрытая черепно-мозговая травма. В 91

(36%) случаев имела место черепно-мозговая травма легкой степени, 38 (15%) – средней степени тяжести, 2 (0,8%) – тяжелой.

У 27 (10%) детей выявлены переломы костей черепа (1 ребенок имел перелом основания черепа, 2 – перелом лобной кости, 24 – теменной кости). 12 (4,8%) детям потребовалась помощь хирурга для проведения первичной хирургической обработки раны. 60 пациентов консультированы нейрохирургом для решения вопроса о необходимости оперативного вмешательства. 4 пациентам выполнена трепанация черепа.

Выводы. 75% госпитализированных детей с черепно-мозговой травмой составляют дети дошкольного возраста, не посещающие дошкольные учреждения.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ – САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК В СОЧЕТАНИИ С ГИПОФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Берстнева С.В., Урясьев О.М.,
Лазарева О.Ю., Луняков В.А.**

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

Цель исследования. Изучить изменение параметров качества жизни (КЖ) у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа и хронической болезнью почек (ХБП) в сочетании с первичным гипотиреозом (ПГ).

Материалы и методы. Обследовано 203 больных СД 2 типа (возраст – 59,5 [54,5; 65,0] лет, длительность СД – 10,5 [6,0; 15,0] лет). Из них 1-я группа – 76 человек с СД 2 типа в сочетании с ПГ (СД2+ПГ), 2-я группа – 127 чел. – СД 2 типа без патологии щитовидной железы (СД 2). Группы были сопоставимы по основным характеристикам и получаемой терапии; длительность гипотиреоза в 1-й группе – 8,4 [7,7; 9,1] лет. Проведено: определение альбуминурии (АУ), расчет СКФ по формулам СКD-EPI-creat, 2009 и СКD-EPI-cys, 2012 (по уровню креатинина и цистатина С), анкетирование с использованием опросника качества жизни SF-36 (SF-36 Medical Outcomes Study 36-item short form health survey).

Результаты и обсуждение. При сравнении медианы показателей КЖ всех обследованных па-

циентов с СД 2 типа с общепопуляционными показателями (Амирджанова В.Н.) отмечено снижение параметров КЖ по всем шкалам. Наиболее низкие параметры выявлены по шкалам Ролеевое физическое функционирование (РФ) – 0,0 [0,0; 0,0] и Ролеевое эмоциональное функционирование (РЭ) – 0,0 [0,0; 0,0] (ограничение выполнения повседневной деятельности из-за физического и эмоционального состояния), а также по шкалам ФФ (Физическое функционирование) – 40,0 [22,5; 62,5] (ограничение физической активности из-за состояния здоровья) и ЖС (жизнеспособность) – 35,0 [25,0; 50,0] (снижение жизненной активности).

При сравнительной оценке показателей в группах пациентов КЖ пациентов 1-й группы было ниже по пяти шкалам. При этом достоверные различия выявлены по шкале ЖС – 30,0 [20,0; 35,0] и 40,0 [25,0; 60,0] ($p=0,0053$), а также отмечена тенденция к снижению показателя Б (боль) и ПЗ (психологическое здоровье). Обращают на себя внимание гендерные различия: практически по всем шкалам в обеих группах параметры КЖ выше у мужчин.

По всем параметрам КЖ в обеих группах (кроме ПЗ во 2 группе) отмечались более низкие показатели у пациентов с наличием ХБП, при этом параметры по шкале ФФ в обеих группах и ОЗ (Общее здоровье) во 2-й группе показали достоверные различия. При оценке связи параметров КЖ с ренальными показателями выявлена ассоциация параметров КЖ с уровнем креатинина и СКФ-creat в обеих группах и с уровнем цистатина С и СКФ-cys во 2-й группе. Уровень АУ отрицательно достоверно коррелировал с показателем ОЗ и РФ в 1-й группе и с ОЗ, ФФ и Б во 2-й группе.

Отмечена отрицательная достоверная корреляция показателей углеводного обмена – HbA1c, глюкозы крови натощак и постпрандиальной гликемии с рядом шкал КЖ; при этом все параметры углеводного обмена показали связь со шкалами ОЗ, ЖС и ПЗ.

На фоне проведения заместительной терапии гипотиреоза препаратами левотироксина (с уменьшением ТТГ с 5,51 [2,93; 11,08] до 2,6 [1,8; 4,0] мкМЕ/мл через 6 мес., $p=0,000036$) отмечено улучшение параметров КЖ по семи шкалам, включая как физический, так и психический компоненты КЖ.

Выводы. Коморбидная патология оказывает значительное отрицательное влияние на качество жизни пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Ухудшение показателей углеводного обмена ассоциировано со снижением параметров качества жизни. Достижение компенсации гипотиреоза у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и хронической болезнью почек приводит к достоверному улучшению как физического, так и психического компонентов качества жизни.

ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Благинина И.И.¹, Реброва О.А.¹, Блудова Н.Г.¹,
Бахтояров П.Д.¹, Покрышка И.И.²

¹Луганский государственный медицинский университет имени Святого Луки,
²Луганская республиканская клиническая больница,
г. Луганск, ЛНР

На сегодняшний день установлено, что тревожно-депрессивные расстройства (ТДР) значимо усиливают восприятие хронической боли. ТДР, также, как и ревматические заболевания, в частности, анкилозирующий спондилит (АС), сопровождаются повышенной продукцией провоспалительных цитокинов, активирующих гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему, а стрессорные факторы обеспечивают новый выброс цитокинов с ее последующей сенсibilизацией, что ухудшает адаптационные возможности.

Цель исследования. Изучить особенности болевого синдрома у больных анкилозирующим спондилитом с тревожно-депрессивными расстройствами.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 112 пациентов с АС, от 25 до 58 лет (43,7±7,9 лет), средняя длительность заболевания 9,5±4,4 лет. Инвалидность имели 59 (52,7%) пациентов: III группу – 41 (69,5%), II – 18 (30,5%); преобладали функциональные нарушения ФК III – 65,2% наблюдений. У 67 из них (1-я группа) были выявлены клинические признаки ТДР, установленные по шкалам тревоги Спилбергера и депрессии Гамильтона. Оставшиеся 45 пациентов без ТДР вошли во 2-ю группу наблюдения. Пациенты в группах не различались по возрасту ($p=0,67$); достоверно ($p=0,035$) различались по длительности заболевания: в 1-й группе 10,2±4,52 (7; 14), во 2-й группе 8,4±4,0 (5; 11) лет.

Исследовали количественные показатели болевого синдрома (БС) в соответствии с Мак-Гилловским болевым опросником (МГБО); выраженность боли в позвоночнике, утренней скованности, состояния здоровья пациента (СЗП) по ВАШ; индексы BASDAI и BASFI, уровни СОЭ и СРБ.

Результаты и обсуждение. Пациенты в группах не различались по индексам BASDAI – в 1-й группе 4,04±1,24, во 2-й – 3,83±0,98 и BASFI – 4,21±0,99 и 4,24±0,84, соответственно. Не было установлено различий по уровню СРБ и СОЭ, которые составили в 1-й группе 26,0±8,6 мг/л и 19,7±20,0 мм/ч, а во 2-й

группе, соответственно – $25,8 \pm 6,6$ мг/л, $17,2 \pm 13,9$ мм/ч. Боль в позвоночнике в 1-й группе ($67,8 \pm 17,5$ мм) была достоверно более сильной ($p=0,02$), чем во 2-й ($60,2 \pm 15,9$ мм), утренняя скованность также достоверно ($p=0,028$) более выражена у пациентов 1-й группы ($67,4 \pm 15,9$ мм), чем 2-й ($60,3 \pm 17,2$ мм). Относительно СЗП следует отметить более негативную тенденцию к росту показателя в 1-й группе ($68,7 \pm 15,2$ мм), чем во 2-й ($63,7 \pm 14,4$ мм), однако не достигавшую достоверных различий ($p=0,084$). Все количественные показатели БС по МГБО в группах имели достоверные различия ($p < 0,05$), достигая максимальной значимости по сенсорному и аффективному компонентам БС, ИЧВД. А именно: в 1-й группе число дескрипторов сенсорного и аффективного класса составило $5,9 \pm 0,8$ и $4,5 \pm 0,7$, эвалюативный компонент боли – $2,9 \pm 0,5$, индекс числа выбранных дескрипторов (ИЧВД) – $11,9 \pm 1,4$ баллов, ранговый индекс боли (РИБ) – $26,3 \pm 5,5$ баллов; во 2-й группе число сенсорных и аффективных дескрипторов $5,0 \pm 0,9$ и $3,75 \pm 0,6$, эвалюативный – $2,6 \pm 0,6$, ИЧВД – $10,3 \pm 1,5$, РИБ – $21,2 \pm 5,1$ баллов. Более высокое число дескрипторов аффективного класса и ИЧВД в 1-й группе свидетельствует об эмоциональной лабильности пациентов с ТДР и в определенной мере объясняет достоверно более значимые негативные показатели БС, полученные при анкетировании с помощью ВАШ.

Выводы. Установленные достоверно более высокие количественные показатели БС больных АС с ТДР, подтверждают наличие у данной категории пациентов выраженного эмоционально-аффективного компонента боли, имеющего центральное происхождение, и способствующего росту ее соматической перцепции.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АЗИЛСАРТАНА В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Блудова Н.Г., Благинина И.И., Реброва О.А.,
Благодаренко А.Б., Князева А.К.

Луганский государственный медицинский
университет имени Святителя Луки,
г. Луганск, ЛНР

Сахарный диабет (СД) у пациентов артериальной гипертензией (АГ) представляет большую медико-социальную проблему, поскольку такое

сочетание сопряжено с высоким или очень высоким риском сердечно-сосудистых (СС) событий (Williams B, 2018). Поэтому в кардиологической практике по-прежнему остается актуальным вопрос выбора эффективных комбинаций гипотензивных препаратов.

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

Материалы и методы. В исследование включены 38 пациентов с АГ на фоне СД 2 типа. Начальная доза азилсартана составляла 40 мг/сут в комбинации с хлорталидоном 12,5 мг/сут в течение 1 недели. При недостаточном клиническом эффекте доза хлорталидона была увеличена до 25 мг/сут. Для пациентов, не достигших целевых показателей АД по истечении 8 недель, доза азилсартана увеличена до 80 мг/сутки, доза хлорталидона составляла 25 мг/сут. Период наблюдения составил 12 недель. Также пациенты получали в составе комплексной терапии β -блокаторы в 31% случаев, блокаторы Са-каналов в 36%. В исследование включались больные с АГ 2-3 степени, не имеющие в анамнезе ИМ или инсульта, тяжелой почечной и печеночной патологии. Эффективность терапии оценивали по динамике показателей САД и ДАД и достижению целевого АД ($< 130/80$ мм рт.ст.) через 1, 4, 8 недель. Результаты считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Через 1 неделю динамика значений периферического АД составила в среднем $11,3/7,1$ мм рт.ст., при этом цифры САД снизились в среднем с 166 ± 11 мм рт.ст. до 153 ± 12 мм рт.ст. ($p < 0,05$), ДАД – с 87 ± 6 мм рт.ст. до 85 ± 5 мм рт.ст. ($p > 0,05$). Однако, целевых значений АД в исследуемой группе достигнуто не было. Через 4 недели наблюдалось дальнейшее снижение САД: до 140 ± 14 мм рт.ст., ДАД до 83 ± 5 мм рт.ст. Динамика значений периферического АД в среднем – $13,1/7,2$ мм рт.ст. ($p > 0,05$). Следует отметить, что целевые значения АД через 4 недели были достигнуты у 15 (42%) пациентов. Остальным 11 пациентам, не достигшим целевого АД, были даны рекомендации продолжить прием комбинированной терапии с использованием азилсартана в прежней дозе 40 мг/сут в сочетании с хлорталидоном 25 мг/сутки еще в течение 4 недель. К 8 неделям исследования у этих пациентов динамика средних значений периферического АД составила $13,6/7,3$ мм рт.ст. ($p > 0,05$), также зарегистрировано снижение САД: до 144 ± 15 мм рт.ст., ДАД до 82 ± 6 мм рт.ст. Целевые значения АД через 8 недель были достигнуты еще у 4 пациентов и в целом к 8 неделям этот показатель составил 81%. После увеличения дозы азилсартана до 80 мг/сутки, которая проведена 7

пациентам, значение САД снизилось до 128 ± 10 мм рт.ст. ($p < 0,01$), ДАД – до 79 ± 5 мм рт.ст, при этом различия показателей ДАД стали достоверно значимыми ($p < 0,01$). Динамика значений периферического АД в среднем также была статистически значимой – $15,8/7,9$ мм рт.ст. ($p < 0,05$). В течение исследуемого периода у пациентов, получавших разных схемы гипотензивной терапии с использованием азилсартана, не отмечалось клинически значимых нежелательных явлений, приводящих к прекращению приема препаратов.

Выводы. Таким образом, результаты проведенного нами исследования свидетельствуют, что использование блокатора рецепторов ангиотензина II азилсартана в комплексной терапии артериальной гипертензии выявляет высокую клиническую эффективность и безопасность, поэтому может рассматриваться в качестве терапии выбора у данной категории больных.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА НА РИСК РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Боброва Н.А., Овсянников Е.С.

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

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.

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. Возрастная категория больных от 50 до 87 лет. В исследование не были включены боль-

ные имеющие в анамнезе заболевания: сахарный диабет, клапанные пороки сердца, фибрилляция предсердий, кардиомиопатии.

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 заболеваний 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.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПАТОГЕНЕЗЕ, ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Богданов А.Н.

Санкт-Петербургский государственный университет,
Городская больница №40,
Санкт-Петербург

В12-дефицитная анемия – аутоиммунное заболевание, обусловленное хроническим аутоиммунным атрофическим гастритом со снижением абсорбции кобаламина под воздействием аутоантител к внутреннему фактору и париетальным клеткам, при этом основной мишенью антител является АТФ-за протонной помпы париетальных клеток. Развитие В12-дефицитной анемии возможно при других заболеваниях и патологических состояниях (после гастрэктомии, резекции подвздошной кишки, шунтирующих операций на желудочно-кишечном тракте, заболеваниях тонкой кишки и др.). Абсорбция витамина В12 из пищи становится менее эффективной с возрастом, что может приводить к синдрому малабсорбции кобаламина, который характеризуется снижением способности извлекать витамин В12 из пищи при сохраненной желудочной секреции.

В клинической картине преобладают проявления анемии, в ряде случаев при незначительном снижении концентрации гемоглобина могут преобладать когнитивные нарушения. Иногда неврологические симптомы являются единственной манифестацией заболевания.

«Золотой стандарт» диагностики отсутствует. Чаще всего диагноз ставят на основании клинико-лабораторных данных в сочетании со снижением концентрации витамина В12 <200 пг/мл. Возможно ложное снижение концентрации витамина В12 (например, при множественной миеломе), ложно нормальный уровень – при заболеваниях печени, миелодиспластическом синдроме и миелопролиферативных заболеваниях.

При нормальном уровне витамина В12 и клиническом подозрении на его дефицит показано определение уровня гомоцистеина и метилмалоновой кислоты, антител к внутреннему фактору и париетальным клеткам. При неврологической симптоматике диагноз подтверждается при магнитно-резонансной томографии (симметричная аномально повышенная интенсивность сигнала Т2 в задних и/или боковые столбах спинного мозга).

Проведение стеральной пункции показано при макроцитарной анемии без доказанного дефицита витамина В12. В ряде случаев необходим диф-

ференциальный диагноз с миелодиспластическим синдромом, сидеробластной анемией, тромботической микроангиопатией.

Пациенты с дефицитом витамина В12, манифестирующим мегалобластной анемией и/или фуникулярным миелозом нуждаются в неотложном введении витамина В12 парентерально для предупреждения необратимой полиорганной недостаточности. В большинстве случаев лечение проводится пожизненно, поскольку после отмены терапии в течение 6 месяцев развивается неврологическая симптоматика.

Витамин В12 (цианкобаламин) назначают внутримышечно или внутривенно по 200-400 мкг в сутки 2-4 недели. Адекватность лечения оценивают по развитию ретикулоцитарного криза через 5-7 дней лечения. Повышение уровня гемоглобина достигается через 7-10 дней, восстановление других показателей – через 3-5 недель. После регресса анемии, лейкопении, тромбоцитопении и морфологических аномалий эритроцитов лечение продолжается еще 10-14 дней с целью создания запасов витамина В12 в печени. Нередко на фоне лечения возникает дефицит железа, который требует лечения препаратами железа. При невозможности устранить причину анемии ежегодно проводят противорецидивные курсы лечения витамином В12 в дозе 500 мкг в сутки по 5-15 инъекций препарата.

СОВРЕМЕННЫЕ МОЛЕКУЛЯРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОНКОЛОГИИ. ИХ РЕАЛИЗАЦИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Бодунова Н.А., Полякова В.В., Янова Т.И.

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

Цель. Описать возможности молекулярно-генетических исследований в диагностике, ведении и профилактике злокачественных новообразований (ЗНО).

Результаты и обсуждение. На сегодняшний день молекулярно-генетические исследования играют огромную роль в ведении пациентов с ЗНО. В Центре персонализированной медицины ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова представлен широкий спектр диагностических тестов, активно применяющихся в клинической практике. С 2018 года по настоящее время проведено более 3,5 тыс. исследований соматических и герминальных мутаций методом массового параллельного секвенирования (next generation sequencing, NGS). Полученные результаты позволяют выявить молекулярно-генетическую при-

чину заболевания пациентам со злокачественными заболеваниями молочной железы, толстой кишки, желудка и др. В центре ведется регистр носителей мутаций, для которых составлен индивидуальный план наблюдения.

Также проводится разработка и внедрение клинических протоколов с использованием жидкостной биопсии, РНК-секвенирования, биоинформатических алгоритмов. Это позволяет проводить раннюю диагностику опухоли, мониторинг прогрессии заболевания после оперативного вмешательства, подбор наиболее оптимальной терапии на основе профиля опухоли, отслеживание ответа на лекарственную терапию.

Выводы. Современные молекулярные технологии активно развиваются и применяются в клинической практике для персонализированного ведения пациентов с ЗНО. Учитывая широкие перспективы, появление новых возможностей, необходимо продолжить проведение научных исследований в этой области.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АБАТАЦЕПТА: РЕЗУЛЬТАТЫ 12 МЕСЯЦЕВ НАБЛЮДЕНИЯ

Борисова М.А.¹, Лукина Г.В.^{1,2}, Сигидин Я.А.¹,
Аронова Е.С.¹, Лучихина Е.Л.³, Каратеев Д.Е.³,
Глухова С.И.¹, Насонов Е.Л.^{1,4}

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

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

³Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского,

⁴Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, Москва

Цель. В данной статье отражены результаты 12 месяцев наблюдения пациентов с ревматоидным артритом (РА), находящихся на терапии абатацептом (АБЦ).

Материалы и методы. 91 пациент с высокой активностью РА (DAS28=5,1±1,0) и неэффективностью базисной противовоспалительной терапии (в основном метотрексат, 70,3%) и генно-инженерной биологической терапии (в основном блокаторы ФНО-α, 93%) были включены в исследование. Большинство пациентов было среднего возраста (49±13,5), позитивные по РФ (72,5%) и АЦЦП (77%), с умеренным нарушением функционального статуса – HAQ 1,4 (0,9-2). Инфузии АБЦ проводились в дозе 10 мг/кг по стандартной схеме. Оценка эффектив-

ности терапии проводилась по критериям EULAR/ACR 2011 г. с использованием метода «intention-to-treat» и с помощью индексов SDAI, CDAI, функциональное состояние – с помощью индекса HAQ.

Результаты. АБЦ приводил к достоверному ($p<0,05$) снижению активности РА, начиная с 3 мес терапии. До начала лечения более половины пациентов находились в высокой активности РА по индексам SDAI – 54% (n=48), CDAI – 53% (n=48), DAS28 – 50,5% (n=46). После 6 мес терапии процент пациентов, достигших низкой активности заболевания по индексам DAS28, SDAI, CDAI составлял – 23% (n=16), 50,7% (n=35) и 53,5% (n=38), после 12 мес – 28% (n=15), 51% (n=26) и 55,6% (n=30) соответственно. Клиническое улучшение по критериям EULAR после 6 мес лечения было зарегистрировано у 70,9% (n=56) и после 12 мес составляло 63% (n=47). Почти треть пациентов (28,7%, n=25) достигла хорошего ответа после 3 мес терапии, после 6 мес отмечалось увеличение процента данных пациентов (39,2%, n=31) и к 12 мес лечения почти не изменялось (39%, n=29). Функциональное состояние на фоне терапии АБЦ достоверно улучшалось, после 12 мес выраженное и умеренное улучшение по индексу HAQ отмечалось у 32% (n=17) и 21% (n=11) пациентов соответственно. Нежелательные реакции (НР) зарегистрированы у 22 пациентов, самыми частыми НР были острые респираторные заболевания, которые отмечались у 11 (12%) пациентов.

Заключение. Лечение АБЦ приводит к достоверному снижению активности РА и улучшению функционального статуса пациентов. АБЦ имеет высокий профиль безопасности, НР зарегистрированы у небольшого количества пациентов.

МНОГОГРАННОЕ ХРОНИЧЕСКОЕ СИСТЕМНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ: ЗНАЧИМА ЛИ СВЯЗЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА С РАЗВИТИЕМ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ?

Бояков Д.Ю.¹, Якубовская А.Г.¹, Кодякова О.В.²

¹Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова,

²Ростовская областная клиническая больница, г. Рязань

Цель исследования. Оценить распространенность сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и их

традиционных факторов риска у пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона. Исследовать артериальную жесткость с использованием показателя сердечно-лодыжечного сосудистого индекса у этой когорты пациентов.

Материалы и методы. Включены пациенты в возрасте старше 18 лет, страдающие язвенным колитом (ЯК) или болезнью Крона (БК), с любым стажем заболевания и любой базисной терапией, подписавшие информированное согласие. Проведены: оценка анамнеза, сбор жалоб, выяснение давности, активности воспалительного заболевания кишечника (ВЗК), проводимой терапии, оценка клинико-демографической характеристики, анализ традиционных сердечно-сосудистых факторов риска, уточнение личного анамнеза сердечно-сосудистых заболеваний; общий осмотр, оценка антропометрических показателей; заполнение опросников (шкала сонливости Эпворта, тест AUDIT); инструментальные исследования (УЗИ сердца, суточное мониторирование АД и ЭКГ, респираторное мониторирование, тредмил-тест, спирометрия, оценка артериальной жесткости (сердечно-лодыжечный сосудистый индекс), определение лодыжечно-плечевого индекса.

Результаты и обсуждение. Включено 50 пациентов (64% женщины). Средний возраст $48,04 \pm 13,66$ лет. Клиническая ремиссия у 88% пациентов. Частота назначения месалазина/сульфасалазина составила 68%; генно-инженерная биологическая терапия (ГИБТ) у 28%; глюкокортикостероиды – у 16% пациентов. Распространенность установленных диагнозов сердечно-сосудистых заболеваний составила: артериальная гипертензия – 36%; стенокардия напряжения – 14%; фибрилляция предсердий – 4% (у одного пациента впервые диагностирована по результатам проведенного в рамках исследования суточного мониторирования ЭКГ); хроническая сердечная недостаточность – 18%. На момент обследования курильщиков не было; в анамнезе курение у 40% пациентов (средний индекс курения в этой подгруппе $20,3 \pm 5,7$ пачка/лет). Ожирение отмечалось у 6%. Средний ИМТ $24,8 \pm 3,7$ кг/м². Сахарный диабет у 4%. Злоупотребление алкоголем не выявлено. Низкая физическая активность отмечалась у 22% обследуемых. Среднее образование у 24% пациентов, у остальных – высшее образование. Индекс апноэ/гипопноэ у всех обследованных пациентов < 5 . Показатели эхокардиографии у пациентов без анамнеза сердечно-сосудистых заболеваний были в пределах нормы, за исключением выявления у шести пациентов нарушений диастолической функции левого желудочка, утолщения восходящей аорты, у двух – умеренной недостаточности аортального и митрального клапанов, умеренных перикардиальных изменений. Спирометрия: 84% – норма; 12% – умеренная

рестрикция; 4% – обструкция с возможной рестрикцией. Сердечно-лодыжечный сосудистый индекс: расчетный сосудистый возраст меньше паспортного – у 40% (треть из них получает ГИБТ), больше паспортного – у 28% (ГИБТ никто не получает). Лодыжечно-плечевого индекса у всех пациентов $> 0,9$.

Выводы. Распространенность ССЗ у пациентов с ВЗК составила: артериальная гипертензия – 36%, стенокардия напряжения – 14%, фибрилляция предсердий – 4%, хроническая сердечная недостаточность – 18%. Распространенность традиционных факторов риска ССЗ: курение в анамнезе 40%, ожирение 6%, сахарный диабет 4%, низкая физическая активность 22%. Расчетный сосудистый возраст меньше паспортного у 40% (треть из них получает ГИБТ), больше паспортного у 28% пациентов с ВЗК.

ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КАК ПРЕДИКТОРЫ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)

Братилова Е.С., Тыренко В.В., Качнов В.А.
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучение влияния факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) на течение новой коронавирусной инфекции (COVID-19) среди лиц молодого и среднего возраста.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 190 историй болезни лиц молодого и среднего возраста ($43,0 \pm 11,3$ лет). В зависимости от тяжести течения новой коронавирусной инфекции пациенты были разделены на 4 группы: 1 группа – легкое течение ($n=45$), 2 группа – среднетяжелое течение ($n=82$), 3 группа – тяжелое и крайне тяжелое течение ($n=47$), 4 группа – умершие ($n=16$).

Результаты и обсуждение. Выявлено, что тяжесть течения заболевания закономерно увеличивалась с возрастом и индексом массы тела (ИМТ). Была обнаружена корреляционная взаимосвязь между тяжестью течения COVID-19 и частотой употребления алкоголя ($r=0,35$; $p<0,0001$), а также индексом курящего человека ($r=0,2$; $p<0,05$). Значение пульса, систолического и диастолического АД при поступлении было выше в 3 и 4 группах. Более того, корреляционный анализ показал наличие взаимосвязи между значением пульса ($r=0,38$; $p<0,0001$),

уровнем систолического ($r=0,30$; $p<0,0001$) и диастолического ($r=0,31$; $p<0,0001$) АД при поступлении и тяжестью течения новой коронавирусной инфекции. Наличие ССЗ было выше во 2, 3 и 4 группах. Также в ходе исследования была выявлена прямая корреляционная связь между тяжестью течения COVID-19 и баллами по шкале SCORE ($r=0,37$; $p<0,0001$), наличием ССЗ в анамнезе ($r=0,33$; $p<0,0001$), а также наличием ССЗ у родственников первой степени родства ($r=0,34$; $p<0,01$). Самый низкий уровень холестерина и глюкозы был отмечен в 1 группе. Кроме того, была выявлена прямая корреляционная взаимосвязь между тяжестью течения и уровнем глюкозы ($r=0,4$; $p<0,0001$) и холестерина ($r=0,22$; $p<0,002$) при поступлении.

Выводы. При анализе результатов исследования было показано, что более тяжелое течение новой коронавирусной инфекции и летальный исход отмечались у лиц среднего возраста и пациентов с повышенным уровнем ИМТ, АД и пульса при поступлении. Употребление алкоголя, частота табакокурения, более высокие значения глюкозы и холестерина ассоциировались с увеличением тяжести течения новой коронавирусной инфекции. Наличие ССЗ, а также неблагоприятный семейный анамнез были связаны с более тяжелым течением COVID-19. Таким образом, наличие факторов риска развития ССЗ повышает вероятность тяжелого течения новой коронавирусной инфекции и летального исхода. С учетом полученных данных профилактические меры для своевременного предупреждения развития ССЗ, а также предотвращения тяжелого течения новой коронавирусной инфекции, как никогда актуальны.

РОЛЬ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Брус Т.В., Васильев А.Г., Кравцова А.А.,
Пюрвеев С.С., Балашов Л.Д.

Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург

Одним из приоритетных направлений современной медицины, объединяющим интересы различных специалистов (терапевтов, кардиологов, гастроэнтерологов, эндокринологов), является изучение патогенеза и клинических проявлений неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП), имеющей широкую распространенность и безусловную социальную значимость. Термин НАЖБП представляет собой ге-

терогенную группу патологических изменений печени, характеризующихся жировой дистрофией более 5% гепатоцитов или воспалительной инфильтрацией на фоне жировой дистрофии гепатоцитов.

В настоящее время, ввиду отсутствия четкого понимания причин и патогенеза гепатопатий неинфекционного генеза, нет эффективных методов профилактики и лечения этих состояний. Ключевую роль в изучении этиологии и механизмов патогенеза играет поиск адекватных экспериментальных моделей печеночной недостаточности.

Цель исследования. Воспроизвести экспериментальную модель НАЖБП на лабораторных крысах для изучения патогенеза и роли системного воспалительного ответа в развитии этой патологии.

Материалы и методы. Исследование проводилось на 30 крысах-самцах линии Wistar. Было сформировано 2 экспериментальных группы:

1. «Контроль» ($n=15$) – здоровые, интактные крысы, у которых производилось исследование параметров метаболизма для расчета фоновых, референсных значений («нормальные показатели»);

2. «НАЖБП» ($n=15$) – крысы, которые на протяжении всего эксперимента в течение 30 дней в качестве корма получали брикеты, содержащие пищевые компоненты в следующих соотношениях (по массе): 26% белок, 10% животный жир, 50% фруктоза, 8% целлюлоза, 5% минеральные вещества (по ГОСТ), 1% витамины (по ГОСТ).

С целью оценки метаболических нарушений у лабораторных исследовали: биохимические показатели (активность ферментов щелочной фосфатазы (ЩФ), аспаратаминотрансферазы (АСТ), аланинаминотрансферазы (АЛТ)). Для оценки включения системного воспалительного ответа с помощью метода иммуноферментного анализа оценивали уровень интерлейкина 6 (IL 6).

Результаты и обсуждения. В экспериментальной группе было зарегистрировано достоверное увеличение концентрации АЛТ, АСТ, ЩФ, ($p<0,005$) что свидетельствует о развитии цитолитического и холестатического синдромов, характерных для НАЖБП. Результаты оценки уровня цитокина IL 6 также показали достоверный по сравнению с контролем рост этого показателя более чем в 10 раз ($p<0,0001$).

Выводы. В настоящее время не существует общепринятых взглядов относительно механизма формирования НАЖБП, и это значительно затрудняет разработку алгоритмов его диагностики, эффективных мер профилактики и терапии. Важную роль в патогенезе НАЖБП играет активизация системного воспалительного ответа. Определение уровня IL 6 показано для выяснения степени тяжести развития НАЖБП, ранней профилактики и коррекции осложнений.

ПРЕПАРАТЫ ЛЕВОДОПЫ И АГОНИСТЫ ДОФАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ В ТЕРАПИИ ПАРКИНСОНИЗМА

Бубликова А.М., Статинова Е.А., Коценко Ю.И.,
Максименко О.Л., Сохина В.С., Масенко В.В.

Донецкий национальный медицинский
университет имени М. Горького,
г. Донецк, ДНР

Одним из наиболее широко распространенных экстрапирамидных синдромов в клинической неврологии является синдром паркинсонизма. К основным заболеваниям, которые являются его причиной можно отнести: болезнь Паркинсона (БП), сосудистый паркинсонизм (СП) и паркинсонизм «плюс» (ПП). Революцию в лечении паркинсонизма произвели препараты леводопы (ЛД), которые позволили улучшить качество и продолжительность жизни пациентов. Однако наряду с этим они вызвали целый спектр побочных реакций, что заставило искать другие терапевтические подходы для решения этой проблемы.

Цель исследования. Выяснить преимущества и недостатки АДР и ПЛ у больных паркинсонизмом.

Материалы и методы. На протяжении 2021 года проводилось динамическое наблюдение за 33 женщинами и 22 мужчинами с синдромом паркинсонизма различной этиологии. Первую группу составили 41 человек с БП (13 мужчин и 28 женщин) в возрасте от 49 до 80 лет. По шкале Хен-Яра больные были разделены на 3 подгруппы: БП I стадии – 9 человек, БП II стадии – 19 человек, БП III стадии – 13 человек. Вторую группу составили пациенты с синдромом паркинсонизма – 14 человек (9 мужчин и 5 женщин), включая СП (9 человек), ПП (4 человека) и посттравматический паркинсонизм (ПтП) – (1 человек). Средний возраст наблюдаемых в этой группе пациентов – $72,3 \pm 5,6$ лет. Основными препаратами, которые получали пациенты были АДР и ПЛ. Их эффективность оценивали с учетом динамики экстрапирамидных нарушений и побочных эффектов через 30 дней лечения.

Результаты и обсуждение. АДР в 1 группе пациентов получали 26,9% человек, во 2 группе – 14%. ПЛ в 1 группе принимали 31,7% пациентов, во 2 группе – 86%. Кроме того, в 1 группе использовалась комбинация ПЛ и АДР – у 41,4% пациентов, преимущественно с БП II и БП III. При нарастании неврологических симптомов у наблюдаемых пациентов в лечение добавляли ПЛ, либо корректировалась ранее назначенная доза. При этом в 1-ой группе к АДР добавлены ПЛ у 7,3% пациентов, большинство из них – пациенты с БП II. В связи с положительной динамикой АДР в качестве монотерапии продолжили получать 6 человек с БП I, 1

пациент с БП II и 1 пациент с БП III – по причине непереносимости ПЛ. Во 2 группе ухудшение клинического течения паркинсонического синдрома привело к коррекции дозы ПЛ. Монотерапию АДР получали 14% больных. Комбинированное лечение БП, включающее ПЛ и АДР, использовалось в случае недостаточного действия монотерапии АДР, а также для коррекции моторных флюктуаций и лекарственных дискинезий, которые развивались в результате длительной леводопотерапии БП. В результате нашего исследования у 61,8% пациентов, из которых 27 человек – с БП и 7 человек – с синдромом паркинсонизма, наблюдался положительный эффект от проводимой лекарственной терапии. В 1 группе этот эффект достигнут за счет АДР – у 7 человек (17%), на фоне ПЛ – у 11 человек (27%) и в результате комбинированного лечения АДР и ПЛ – у 9 человек (22%). Во 2 группе АДР оказались эффективны у 1 пациента (7%), ПЛ – у 6 (43%). У 17% больных БП отмечалось развитие побочных эффектов в виде моторных флюктуаций и лекарственных дискинезий, чаще это были пациенты БП III, при синдроме паркинсонизма они не выявлялись. Отмечались следующие побочные эффекты от приема АДР – отеки нижних конечностей, кожные высыпания, нарушение сна, зрительные галлюцинации, тошнота, ортостатическая гипотензия, цефалгия, которые не усугубляли клинического течения заболевания.

Выводы. Положительное действие ПЛ выявлено как в лечении БП, так и синдрома паркинсонизма различной этиологии, но эффективность в первом случае оказалась несколько выше. АДР показали свою эффективность при начальных стадиях БП, в то время как при поздних стадиях БП и синдроме паркинсонизма клинического эффекта у пациентов не отмечалось.

ВЛИЯНИЕ СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ НА ИСХОД НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Буева К.А.¹, Ростов Л.Ж.¹, Мазуренко С.О.^{1,2},
Грибанова О.В.², Ермолаева Л.Г.¹,
Теплякова Н.А.², Щеглова В.А.²

¹Санкт-Петербургский государственный университет,

²Городская больница

Святого Великомученика Георгия,

Санкт-Петербург

Цель исследования. Новая коронавирусная инфекция является одной из значимых проблем для всего мира в последние два года. Заболевание предрасполагает к артериальным и венозным тромбозам, нередко осложняющим течение госпитализированных пациентов. При этом, сосудистые осложнения могут

возникать как у пациентов с тяжелым течением заболевания, находящихся в критических состояниях (развитие ДВС-синдрома), так и у относительно молодых больных с нетяжелым течением заболевания без сопутствующей патологии (избыточный выброс провоспалительных цитокинов). В исследовании поставлена цель: выполнить анализ влияния острого нарушения периферического кровообращения и артериальных тромбозов на исход новой коронавирусной инфекции.

Материалы и методы. В исследование включены 119 пациентов (58 женщин и 61 мужчина) в возрасте от 34 до 96 лет (средний возраст $73,4 \pm 12,4$), получавших лечение в городской больнице «Святого Великомученика Георгия». Были проанализированы данные историй болезней пациентов и выявлена роль сосудистой патологии в развитии новой коронавирусной инфекции.

Результаты и обсуждение. В исследованной выборке у всех пациентов была диагностирована новая коронавирусная инфекция в сочетании с сосудистыми осложнениями, протекавшими в форме острого нарушения кровоснабжения верхних и нижних конечностей. Все пациенты, включенные в исследование, были разделены на группы по возрасту. В первую группу вошли 6 (5,04%) пациентов в возрасте до 50 лет (3 женского и 3 мужского пола). Из них умерло 2 пациента женского пола. 4 пациента успешно завершили лечение в стационаре и выписаны для продолжения лечения в амбулаторных условиях. Во вторую группу вошли 11 (9,24%) пациентов в возрасте от 51 до 60 лет (1 женского пола и 10 мужчин). Из них 8 пациентов было выписано, 3 пациента умерло (2 мужского и 1 женского пола). В третью группу вошли 25 (21,00%) пациентов в возрасте от 61 до 70 лет (7 женского пола и 18 мужского). 13 человек было выписано, 12 пациентов умерло (10 мужского и 2 женского пола). В четвертую группу вошли 77 (64,7%) пациентов в возрасте старше 70 лет (48 женщин и 29 мужчин). 14 пациентов были выписаны, 63 пациента умерло (22 мужского и 41 женского пола). Из 119 пациентов умерло 80 (34 мужчины и 46 женщины). Очевидно, что риск острого нарушения кровоснабжения конечностей возрастал с увеличением возраста пациентов и достигал максимального после 70 лет. В группах больных с сосудистыми осложнениями до 70 лет преобладали пациенты мужского пола, также в этих же группах чаще погибали мужчины. Преобладание женщин в группе старше 70 лет может быть объяснено тем, что мужчины с сосудистыми заболеваниями чаще погибают до этого возраста. Но появление сосудистых осложнений у пациентов любого пола старше 70 лет сопровождается плохим прогнозом.

Выводы. На основании анализа полученных данных, сделан вывод, что риск развития острого нарушения кровоснабжения конечностей возрастал с увеличением возраста пациентов и достигал максимального после 70 лет. В группах до 70 лет преоб-

ладали мужчины, которые чаще и погибали. Преобладание женщин в группе пациентов старше 70 лет может быть объяснено большей средней продолжительностью жизни женщин в общей популяции. Появление сосудистых осложнений у больных новой коронавирусной инфекцией у пациентов старше 70 лет ассоциируется с очень плохим прогнозом.

ПРОЯВЛЕНИЯ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОНЛАЙН АНКЕТИРОВАНИЯ

Быстров Г.С., Маковеева О.В., Чумак Б.А.
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Актуальным является изучение проявлений постковидного синдрома (ПКС), у лиц молодого возраста, перенесших COVID-19. К ПКС относят симптомы, развивающиеся во время и/или после перенесенной новой коронавирусной инфекции (НКИ), и сохраняющиеся у пациента более 12 недель, и не имеющие доказанной диагностической альтернативы. Состояние обычно проявляется кластерами симптомов, часто перекрывающихся, которые могут меняться со временем и могут влиять на любую систему в организме.

Цель исследования. Определение частоты симптомов ПКС у лиц молодого возраста по результатам онлайн анкетирования.

Материалы и методы. Проанализирована частота симптомов ПКС у 100 респондентов молодого возраста (средний возраст 21 год), перенесших COVID-19 6-12 месяцев назад, с помощью анкеты, созданной нами на платформе «Googleforms». Информированное согласие на участие в анкетировании было получено от всех участников до начала опроса в сентябре 2021 года. На основании анализа результатов анкетирования, составлена рабочая классификация симптомов НКИ в рамках ПКС по частоте встречаемости: 1. «очень частые» симптомы – встречались в более 50% случаев; 2. «частые» – встречались в 25% – 50% случаев; 3. «менее частые» – встречались с частотой от 10% до 25% случаев; 4. «редкие» симптомы – в менее 10% случаев.

Результаты и их обсуждение. Проведенное анкетирование выявило наличие проявлений ПКС у 82% респондентов. «Очень частыми» симптомами были: дизосмия (54%), слабость (50%). «Частыми» симптомами были: нарушения сна (34%), снижение концентрации внимания (33%), чувство нехватки воздуха/одышка при физической нагрузке (32%), ухудшение памяти (26%). К «менее частым» сим-

птомам были отнесены: снижение аппетита, дискомфорт в грудной клетке при дыхании (22%); эмоциональная лабильность (21%); тревога или депрессия, дисгевзия (18%); субфебрилитет (17%); периодическая головная боль (16%); потливость, снижение веса, сухой кашель (15%); артралгии; миалгии (13%). К «редким» симптомам отнесли эпизоды колебаний артериального давления (9,7%); ломкость и выпадение волос, дисменорею (8%). В 6% случаев отмечено наличие учащенного сердцебиения и перебоев сердечного ритма, кожной сыпи. У 5% респондентов выявлены тошнота, диарея, запоры, боли в животе.

Симптомы, отмеченные респондентами, были объединены в кластеры или симптомокомплексы, отражающие поражение той или иной системы организма в рамках ПКС. В 79% случаев имели место проявления «неврологического» кластера. Симптомы «гастроэнтерологического» кластера выявлены у 43% респондентов. «Респираторный» кластер выявлен в 33% случаев. Проявления кластера «эмоционально-психических расстройств» отмечены у 32% респондентов. Симптомы «кардиологического» кластера имели место в 24% случаев. Проявления «общевоспалительного» кластера сохранялись у 18% респондентов. У всех респондентов, имеющих проявления ПКС наблюдалось одновременно более 3 симптомов.

Выводы. У 82% лиц молодого возраста, перенесших COVID-19, имели место разнообразие симптомов ПКС.

Чаще всего симптомами ПКС являлись проявления «неврологического» кластера, такие как, дизосмия, слабость, инсомния, когнитивные расстройства.

Проведение онлайн анкетирования дает возможность оперативного выявления проявлений ПКС у респондентов различных возрастных групп с целью проведения дальнейшего обследования, лечения и реабилитации.

МУТАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ У ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ НАИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

Валутите Д.Э., Останкова Ю.В.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Пастера,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Выявить мутации лекарственной устойчивости вируса гепатита С у пациентов без предшествующей терапии ПППД.

Материалы и методы. В работе использованы образцы крови от 28 пациентов с хроническим вирусным гепатитом С. Все пациенты терапевтически-наивны в отношении лечения препаратами прямого противовирусного действия (ПППД). 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 пациентов составила от $2,3 \times 10^3$ коп/мл до $8,6 \times 10^6$ коп/мл. Распределение генотипов следующее: 3a-32% (9 человек), 1b – 61% (17 человек) 1a – 7% (2 человека). В результате анализа регионов NS3, NS5A, NS5B были выявлены мутации резистентности у 5 пациентов.

Выводы. У терапевтически-наивных к ПППД пациентов 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.

ОЦЕНКА ДВИГАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ И МЫШЕЧНОЙ СИЛЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Васильева В.А., Марченкова Л.А.,
Еремушкин М.А.

Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии,
Москва

Цель исследования. Оценка влияния нового комплекса, включающего аэробные и силовые физические тренировки, кинезогайдротерапию, балансо-терапию на изменение мышечной силы и коррекцию двигательных нарушений у пациентов с ожирением.

Материал и методы. Основную группу составили 40 пациентов в возрасте 58 [53; 66] лет с ИМТ ≥ 30 кг/м². В группу сравнения вошли 40 человек в возрасте 57 [54; 63] лет с ИМТ ≥ 30 кг/м². Методы исследования включали в себя антропометрию, функциональные тесты и динамометрию.

Результаты. Согласно полученным данным, в обеих группах после лечения достоверно снизи-

лась масса тела с 106,03 [83; 145] до 102,8 [80; 141] кг), ИМТ (с 39,2 [30,12; 49,1] до 38,1 [29,4; 46,7] кг/м²), уменьшилась ОТ (с 109 [105; 125,8] до 107 [98,8; 12] см), ОБ (с 127 [112,3; 139,8] до 121 [109,5; 133,5] см), снизилась выраженность болевого синдрома (с 5 [3; 7] до 2,5 [1; 4,75] баллов), увеличилась сила рук (в правой с 20 [14,25; 34] до 30 [19; 42], в левой с 19,5 [14,25; 29,5] до 22 [18; 30,75] ДаН). В основной группе достоверно улучшились кондиционные и координационные способности по данным функциональных тестов: «Встань и иди» (с 7,9 [7,1; 8,9] до 7,4 [6,5; 8,3] сек.), сила мышц спины (с 5 [5; 5] до 5 [5; 5]), статическая и динамическая выносливость мышц живота (с 12,04 [9,47; 17,13] до 16,07 [10,69; 27,7] сек. и с 31 [21; 37,25] до 39 [29,5; 46,5] сек., соответственно) и спины (с 14,94 [5,8775; 22,205] до 18,41 [9,745; 31,335] раз и с 8 [5; 14] до 10 [8; 23], раз соответственно); показатели теста Фукуды (с 65 [56; 76,75] до 72 [61; 82] повторений), «Стойки на одной ноге» с открытыми (с 13,9 [5,38; 32,15] до 18,61 [8,6125; 38,1575] сек. для левой) и закрытыми глазами (с 3,45 [2,16; 6,38] до 3,975 [2,715; 5,82] сек. для правой и с 4,12 [1,3; 8,61] до 4,31 [2,16; 8,13] сек. для левой).

Выводы. Программа нового комплекса, включающего аэробные и силовые физические тренировки, кинезогадротерапию и балансотерапию показала значимое влияние на снижение массы тела, уменьшение объема тела и на повышение мышечной силы у пациентов с ожирением. Новый комплексный метод привел к более длительному сохранению достигнутого эффекта при контроле отдаленных результатов через 3 месяца и 1 год в сравнении с группой, получавшей только 2-х компонентную программу.

НОВЫЕ МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ В СУСТАВАХ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ С СИСТЕМНЫМИ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Васильева Л.В., Евстратова Е.Ф., Сулова Е.Ю.,
Беззубцева Е.Н., Барсукова Н.А.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Введение. Беспощадная патология SARS COVID 19 поставила перед медицинским сообществом новые диагностические вопросы. Одним из этих вопросов является определение патогенетиче-

ских механизмов поражения скелетно-мышечной системы (постковидного суставного синдрома) у пациентов, переболевших новой, коронавирусной инфекцией, страдающих иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями (ИВРЗ). Как известно у пациентов, перенесших COVID-19, впоследствии могут развиваться тромботические осложнения в сердечнососудистой системе, признаки тромбозов на микроциркуляторном уровне, в частности в скелетно-мышечных структурах (СМС). Надежным прогностическим маркером этих феноменов многие исследователи считают Д димер (продукт расщепления фибрина).

Цель исследования. Проанализировать механизмы обострения воспалительного процесса в суставах у больных РА, перенесших новую коронавирусную инфекцию, и риск тромботических осложнений в СМС.

Материалы и методы. Обследовано 32 диспансерных пациента, страдающих серопозитивным РА, согласно критериям ACR, принимающих базисную терапию метотрексатом 15 мг 1 раз в неделю в течение двух последних лет. Из них 18 женщин и 2 мужчин 46,2±2,2 лет (основная группа 1), перенесли новую коронавирусную инфекцию легкой степени тяжести. Отметили, в течение последующих 3 месяцев после перенесенной инфекции, появление сильных болей в мышцах и суставах, увеличение утренней скованности. 12 больных (группа 2, контрольная), того же возрастного и полового состава, так же страдающие РА не болели, SARS COVID 19. Значительных жалоб на СМС не предъявляли. У пациентов обеих групп перед обследованием получили отрицательные результаты на РНК SARS-CoV-2. Оценили количественные показатели DAS28, (disease activity score, оценка числа припухших и болезненных суставов, СОЭ – скорость оседания эритроцитов по методу Вестергрена и общая оценка состояния здоровья по ВАШ в мм). Д-димер в группах исследовали методом ИФА+иммунофлюоресценция. С помощью программы Statistika-10, p<0,05 оценили достоверность полученных данных.

Результаты и обсуждение. Определение концентрации Д димера в крови в группе 1 показало значительное увеличение его до 860,8±6,5 нг/мл, а в группе 2 результат составил 143,3±1,5 нг/мл, (нормальные показатели <243 нг/мл). Индекс DAS 28 составил 5,8±3,5 в основной группе, что подтвердило высокую степень активности воспалительного процесса у пациентов. Показатель так же коррелировал с результатами Д димера r=0,36, p<0,05. В группе сравнения (контрольная группа 2) индекс DAS 28 составил менее 2,9±4,5, и это говорит о низкой активности воспаления, малого числа пораженных су-

ставов. Так же исследуемые показатели достоверно отличались от цифр группы 1 $p < 0,05$. Полученные результаты подтверждают наше предположение о взаимосвязи механизмов обострения воспалительного процесса у пациентов РА (ИВРЗ) с постковидным суставным синдромом, и нарушениями в свертывающей системе крови, что говорит о рисках тромботических осложнений в СМС.

Выводы. Увеличение концентрации Д димера в крови у пациентов с РА, перенесших SARS COVID 19, на фоне повышения активности воспалительного процесса говорит о риске развития тромбозов в скелетно – мышечных структурах, и необходимости коррекции алгоритма лекарственной терапии.

АССОЦИАЦИЯ ПОДОЦИНА И НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИХ ПЕПТИДОВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Василькова О.Н., Боровец Я.А.
Гомельский государственный
медицинский университет,
г. Гомель, Республика Беларусь

Цель исследования. Оценить связь между уровнями подоцина в моче и натрийуретических пептидов у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа и хронической болезнью почек (ХБП).

Материалы и методы. Обследовано 155 пациентов (14 мужчин и 61 женщина) с СД 2 типа в возрасте от 34 до 75 лет. Всем пациентам проводилось стандартное клинико-лабораторное обследование с оценкой уровней натрийуретических пептидов (BNP, proBNP) и уровня подоцина в моче. Функцию почек оценивали по уровню креатинина сыворотки, СКФ, которую рассчитывали по формуле СКД-ЕРІ, и альбуминурии, которую оценивали по соотношению альбумин/креатинин (А/Кр). Эхокардиографическое исследование проводилось по стандартному протоколу с расчетом размерных, объемных и скоростных характеристик. Статистический анализ данных был выполнен с помощью программы smSTATA 14.2 для Mac (2018 г.).

Результаты и обсуждение. Уровни BNP и proBNP положительно коррелировали с уровнями гомоцистеина, мочевой кислоты, А/Кр, креатинина и подоцина ($p < 0,05$). Прогностическая модель, характеризующая зависимость BNP и proBNP от факторов, ассоциированных с показателями, характеризующими работу почек, разрабатывалась с помощью метода линейной регрессии.

Пороговое значение подоцина, которое соответствовало самой высокой статистике Юдена J, составляло 0,51 нг/мл. Если уровень подоцина был больше или равен этому значению, прогнозировали увеличение BNP и proBNP. Чувствительность и специфичность метода составили 71,2% и 75% соответственно (AUC 0,749±0,043 при 95% ДИ: 0,666-0,832, $p < 0,001$).

Выводы. Разработанная прогностическая модель для оценки вероятности повышения натрийуретических пептидов при СД 2 типа закладывает основу для будущих исследований, направленных на определение характера, степени и прогрессирования структурных изменений почек при СД 2 типа и развитию кардиоренального синдрома, что поможет обеспечить оптимальное лечение данных пациентов.

СТРУКТУРА ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЛАНОВОЕ ЧРЕСКОЖНОЕ КОРОНАРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Вербило О.И., Мазуренко С.О.
Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить влияние на качество жизни (КЖ) пациентов плановых чрескожных коронарных вмешательств (ЧВК) выполненных по показаниям «Реваскуляризация миокарда для улучшения качества жизни больных страдающих ишемической болезнью сердца (ИБС)»

Материалы и методы. В исследование включено 226 пациентов со стабильной формой ИБС, перенесших плановое ЧВК, и находившихся под наблюдением в отделении реанимации ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России в период 2017-2018 гг. Группа пациентов, включенных в исследование, состояла из 165 мужчин (73%) и 61 женщины (27%). Средний возраст пациентов составил 62±9,47 (от 35 до 81 года). Средний возраст мужчин составил 62±9,8 лет (от 35 до 81 года), средний возраст женщин – 62±8,5 (от 40 до 78). По данным классификации ВОЗ выделялись лица молодого возраста (в промежутке от 18 до 44 лет), их насчитывалось 14 пациентов (6%), среднего возраста (45-59 лет) – 66 пациентов (29%), пожилого (60-74 лет) 128 пациентов (57%) и люди старческого возраста (75-89 лет) – 18 пациентов (8%). Для оценки качества жизни использовался опросник SF-36. Опрос проводился перед выполнением ЧВК и через 2 года с момента выполнения операции.

Результаты и обсуждение. По следующим параметрам не было выявлено статистически значимых различий ($p > 0,05$): «физическое функционирование», «интенсивность боли», «общее состояние здоровья», «жизненная активность», «психическое здоровье», «общее психическое здоровье». Улучшились показатели «общее физическое здоровье» 152 (67,3%) против 74 (32,7%) ($p > 0,05$). Ухудшились следующие показатели ($p < 0,05$): «ролевое функционирование» – 41 (18,1%) против 185 (81,9%), «социальное функционирование» – 65 (28,8%) против 161 (71,2%), «эмоциональное функционирование» – 55 (24,3%) против 171 (75,7%). Полученные результаты не ставят под сомнение необходимость выполнения ЧКВ больных, страдающих хронической ИБС. Качество жизни – широкое понятие, характеризующее эффективность многих сторон жизнедеятельности человека, на которые не возможно однозначно влиять выполнением одной, даже очень важной для здоровья пациента, процедуры. Снижение таких показателей как «ролевое функционирование», «социальное функционирование», «эмоциональное функционирование» может быть обусловлено завышенными ожиданиями, общей социальной или семейной обстановкой и даже временем года.

Выводы. Результаты данной работы демонстрируют, что не все показатели, отражающие КЖ пациентов, улучшаются после выполнения планового ЧКВ. Дальнейшее изучение факторов, влияющих на КЖ и поиск путей его улучшения, является важной задачей, но не только одной медицины.

АССОЦИАЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОДОЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ СВОБОДНОЙ СТЕНКИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СО СТЕПЕНЬЮ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ПРОГНОЗ

Вербило С.Л., Козленок А.В., Конради А.О.
Национальный медицинский исследовательский
центр имени В.А. Алмазова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить ассоциацию показателей продольной деформации свободной стенки правого желудочка (RVFWS) со степенью поражения легочной ткани по данным мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) у пациентов с COVID-19 и ее влияние на прогноз.

Материалы и методы. В исследование включались пациенты, госпитализированные в перепрофилированный для приема пациентов с COVID-19 стационар

ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России в период с 13.05.2020 по 05.07.2020 (во время «первой волны»), с подтвержденным диагнозом COVID-19 и которым по показаниям выполнялись эхокардиография и МСКТ органов грудной клетки. Всего 209 пациентов. Эхокардиография выполнялась с помощью портативных устройств Philips Lumify, по сокращенному протоколу (ФОКУС). После завершения сканирования исследование передавалось на рабочую станцию TomTec, где выполнялась оценка RVFWS методом speckle tracking.

Результаты. В ходе исследования было получено пороговое значение RVFWS, ассоциированное с плохим прогнозом (RVFWS $> -14,84\%$; AUC 0,849, чувствительность 91,82%, специфичность 67,61%). Всего 102 пациента со значением RVFWS выше порогового (Медиана [25th; 75th]; -15,71 [-19,45; -13,27]) и 107 со сниженным -7,78 [-9,88; -5,72]. Была выявлена ассоциация показателей RVFWS со степенью поражения легочной ткани по данным МСКТ (Корреляция Спирмена 0,464; $p=0,01$). В то же время статистически значимых различий между группами сниженной и сохраненной RVFWS выявлено не было: степень поражения легочной ткани (%) в группе сохраненной RVFWS составила 35,0 [5,00; 60,0], а в группе сниженной RVFWS 40,0 [10,0; 70,0], $p=0,244$.

Выводы. Полученные в ходе данного исследования результаты демонстрируют значение показателей продольной деформации свободной стенки правого желудочка у пациентов с COVID-19. Таким образом, процент поражения легочной ткани не в полной мере отражает степень тяжести и госпитальную выживаемость у данной когорты пациентов; важное значение также имеет систолическая функция правого желудочка, не в меньшей степени определяющая прогноз. Необходимо проведение более крупных исследований для оценки целесообразности включения данного параметра в модифицированную шкалу оценки тяжести состояния пациентов с COVID-19.

ВЛИЯНИЕ ДЕЛЬФИНОТЕРАПИИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Власенко С.В., Османов Э.А., Голубова Т.Ф.,
Отинов М.Д.

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

Анималотерапия представляет собой способ лечения и реабилитации пациентов посредством терапевтического общения с различными видами

животных. Это сравнительно новый метод помощи детям с особенностями развития, который уникален тем, что оказывает комплексное воздействие на организм ребенка, одновременно задействуя и психоэмоциональный, и физический компонент терапии.

Цель работы. Выявление особенностей эмоционального статуса у больных детей с детским церебральным параличом, и эффективности комплекса реабилитации с включением дельфинотерапии.

Материал и методы. В исследование было включено 100 пациентов с детским церебральным параличом, форма спастическая диплегия, находившиеся на реабилитации в условиях санатория, в возрасте от 7 до 12 лет. Средний возраст больных составил $10,1 \pm 0,4$ года, из них 30 (44,1%) девочек и 38 (55,9%) мальчиков. Все дети были разделены на основную группу (ОГ) – 68 человек, прошедших комбинированную терапию в виде курса дельфинотерапии и комплексного санаторно-курортного лечения. Контрольную группу (КГ) составили 32 детей прошедших санаторно-курортное лечение. Все исследованные группы репрезентативны по возрасту и полу.

Результаты и их обсуждение. Результаты тестирования по шкале А. Уэссманом и Д. Риксом выявили следующие изменения. В блоке «Спокойствие-тревожность» средний балл составил $3,28 \pm 0,33$, неуверенность, весьма травмирован неопределенностью, страшно. «Энергичность-усталость» – $2,66 \pm 0,42$, почти не осталось запасов энергии, неинициативный, пассивный, инертный, безинициативный, вялый, апатичный, безразличный, медлительный. «Приподнятость-подавленность» – $3,67 \pm 0,16$. Испытуемый оценивает себя как: застенчивый, робкий, нерешительный, несмелый, запуганный, стеснительный, угнетенный, оробелый, подавленный, задавленный. «Чувство уверенности в себе-чувство беспомощности» – $3,84 \pm 0,56$, подавлен своей слабостью и недостатком способностей. Суммарная оценка состояния составила $4,26 \pm 0,68$ балла и характеризовалась как низкая степень выраженности эмоционального подъема/истощения испытуемого. После проведенного лечения достоверно изменились показатели в шкалах самочувствия и самооценки ребенка ($p < 0,01$).

Таким образом, проведенный курс дельфинотерапии достоверно улучшил самочувствие и эмоциональный статус ребенка, «подготовил» его к последующей реабилитации. Кроме того, так как дельфинотерапия проходит в бассейне, где ребенок активно плавает, отмечено так же снижение спастичности мышц и увеличение объемов движений. Проводимая в дальнейшем реабилитация, направленная на развитие двигательных навыков позволила закрепить полученные результаты и значительно нарастить положительную динамику по всем клиническим параметрам. Следует отметить, что поло-

жительный психоэмоциональный фон, на котором проходила дальнейшая реабилитация, имел важное значение в развитии двигательных навыков ребенка, он стал, уверен в себе и своих силах, возможностях.

Вывод. При формировании ПППормированное реабилитационной программы у детей с детским церебральным параличом необходимо учитывать все составляющие проблемы. Двигательная активность ребенка, развитие его возможностей по самобслуживанию, самостоятельному передвижению должно проходить на положительном эмоциональном фоне. Поэтому необходимо перед началом курса реабилитации «подготовить» ребенка к дальнейшим методикам. Дельфинотерапия, проводимая в бассейнах позволяет добиться положительных результатов в различных сферах жизнедеятельности организма: улучшение эмоционального статуса, обучение плаванию, увеличение объемов движений в конечностях, развитие манипулятивных функций, пространственных взаимоотношений.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ В КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГОНАРТРОЗОМ

Вовченко В.И.

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

Цель исследования. Изучение клинической эффективности применения комплексной метаболической терапии (МТ) при лечении больных с гонартрозом.

Материалы и методы. Для защиты и укрепления хряща использовали комбинированный хондропротектор «Джойнт-флекс», содержащий структурные компоненты (глюкозамин- и хондроитинсульфат, гидроксиапатит кальция, витамин С) и противовоспалительный фитокомплекс (5 экстрактов) с выраженным синергическим эффектом. Для укрепления измененной субхондральной кости применяли остеопротектор «Кальцимакс» (гидроксиапатит кальция, магний, фосфор, витамины Д и С, кремний, марганец, цинк, хром и бор). Ангиопротектор «Эссенциал-ойл» (омега-3,6 ПНЖК, витамин Е, селен и др.) использовали для улучшения микроциркуляции, усиления антиоксидантного действия и ингибирования патологической ферментативной активности в тканях сустава.

Проведено трехлетнее клиническое исследование со сроком наблюдения за пациентами в течение 12 мес. В исследовании участвовали 564 амбулаторных больных (376 женщин, 188 мужчины) возрастом от 45 до 75 лет. Критерии включения в исследование составили: гонартроз с выявленными

рентгенологическими изменениями I-III стадии ОА (I ст. – 90 (16%), II ст. – 356 (63%), III ст. – 118 (21%)) по классификации Kellgen-Lawrence (1957), болевой синдром при ходьбе более 30 мм по визуальной аналоговой шкале (ВАШ); суммарный функциональный индекс Лекена [1] от 4 до 11 баллов (болевой синдром, максимально проходимое расстояние, повседневная двигательная активность); прием НПВС в течение 30 дней за последние 3 мес.

Больные основной группы (386 пациентов) получали дважды в год курсы МТ (3 мес.) с перерывом 6 мес. по схеме: джойнт-флекс 2 таб. 2 раза в день; кальцимакс – 1 капс. 2 раз в день, эссенциал-ойл – 1 капс. 2 раза в день. В контрольную группу вошли 178 пациентов, которые не получали МТ. Больные обеих групп продолжали принимать назначенные ранее НПВС и препараты для лечения сопутствующих заболеваний. Всем пациентам проводили рентгенографию; оценку функционального состояния суставов, двигательной активности, интенсивности болевого синдрома при ходьбе до начала исследования и через каждые 3 мес. Анализировали динамику изменения приема НПВС.

Результаты и обсуждение. Болевой синдром при ходьбе в основной группе больных достоверно начал снижаться после 3 мес. лечения. В контрольной группе уровень боли при ходьбе не претерпел значительных изменений. Сравнительный анализ функциональной активности больных показал устойчивое повышение двигательной активности у пациентов основной группы (индекс Лекена снизился с 8,08 до 3,08), а в контрольной группе больных он был от 7,89 до 8,35. По окончательным результатам лечения у 249 (63,9%) пациентов основной группы отметили снижение на 50-70% болевого синдрома при ходьбе, полное исчезновение боли – у 137 (36,1%) больных при одновременном улучшении функционального состояния пораженных суставов в 2-2,5 раза. Отчетливый противовоспалительный эффект МТ позволил изменить режим приема НПВС. К концу исследования 254 (65,8%) больных основной группы отказались от приема НПВС, а остальные 132 (34,2%) больных перешли на эпизодический (от нескольких дней до единичных случаев) прием. В контрольной группе 141 (79,4%) больной сохранил прежний режим приема НПВС, 10 (5,9%) больных снизили дозу препаратов, а 28 (14,7%) больных увеличили дозу препаратов до максимальной.

Выводы. Эффективный и пролонгированный результат лечения гонартроза достигается регулярным приемом комплексной МТ природными комплексами с воздействием на ключевые патогенетические звенья дегенеративно-дистрофического заболевания в сочетании при необходимости с другими лечебными методами (физиотерапией, лечебной физкультурой, фармакотерапией, внутрисуставными инъекциями гиалуроновой кислоты).

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ НЕКВАНТОВОГО АЦЕТИЛХОЛИНА В МЕХАНИЗМАХ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИХ РАЗВИТИЮ МИОПАТИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩЕЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ (ХВДП)

Гавриченко А.В.^{1,2}, Соколова М.Г.³, Лопатина Е.В.^{1,2}

¹Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет
имени академика И.П. Павлова,

²Институт физиологии имени И.П. Павлова,

³Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить трофотропные свойства плазмы крови больных ХВДП и миопро-тективное действие неквантового ацетилхолина на модели миопатического компонента ХВДП *in vitro*.

Материалы и методы. В исследование включено 32 пациента с диагнозом ХВДП, типичная форма (по критериям EFNS/PNS 2010). Измерен уровень антител к никотиновым холинорецепторам. Разработана методика органотипического культивирования ткани скелетной мышцы 12-дневных куриных эмбрионов и модель миопатического компонента ХВДП *in vitro*. Проведена оценка влияния плазмы крови пациентов с установленным диагнозом ХВДП на рост эксплантатов ткани скелетной мышцы в условиях органотипического культивирования.

Результаты и обсуждение. У больных ХВДП были: полиневритический синдром с симметричными двигательными и чувствительными нарушениями в виде нижнего дистального парапареза (77,5%) или дистального тетрапареза (27,9%) различной степени выраженности; синдром мышечных атрофий (86,8%) и синдром сенситивной атаксии (83,7%). По шкале инвалидизации ODSS INCAT в руках медиана составила 2 [1; 3] балла, в ногах 3 [2; 5] балла. Обнаружено, что уровень антител к никотиновым холинорецепторам у пациентов с ХВДП (0,45 [0,30; 0,51] нмоль/л) выше относительно контрольной группы (0,02 [0,01; 0,03] нмоль/л). В условиях органотипического культивирования ткани скелетной мышцы обнаружен миотоксический эффект плазмы крови пациентов с ХВДП, который устранял ацетилхолин в концентрации, сопоставимой с неквантовым выбросом.

Выводы. Полученные данные демонстрируют миотоксические свойства плазмы крови больных ХВДП, обусловленные наличием антител к никоти-

новым холинорецепторам. Результаты позволяют расширить терапевтический подход к лечению ХВДП, в основе которого будет лежать не только коррекция иммунопатологических изменений нервов, но и воздействие на мышечное волокно препаратами, модулирующими холинергическую регуляцию.

ВЛИЯНИЕ ПОРАЖЕНИЯ СУСТАВОВ И ЭНТЕЗИСОВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

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

¹Казанский государственный
медицинский университет,

²Республиканская клиническая больница,
г. Казань

Цель. Оценить взаимосвязь состояния периферических суставов и энтезисов у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника с их качеством жизни.

Материалы и методы. В исследование были включены 95 пациентов с ВЗК: 55 человек с язвенным колитом (ЯК) и 40 с болезнью Крона (БК). Средний возраст пациентов составил 32 (26; 37) года. Средняя продолжительность заболевания составила 44 (12; 95) месяца. Основная часть пациентов имела высокую активность заболевания: при ЯК среднетяжелая и тяжелая атаки были отмечены у 40 человек (73%), при БК из 40 пациентов активность среднетяжелой и тяжелой степени наблюдалась у 17 (43%). У каждого пациента проводилось клиническое и ультразвуковое исследование с применением доплерографии 14 суставов и 68 энтезисов. Качество жизни пациентов оценивалось с помощью опросника SF-36, который состоит из 36 вопросов, сгруппированных в восемь шкал. Показатели каждой шкалы составлены таким образом, что чем выше значение показателя (от 0 до 100), тем лучше оценка по избранной шкале. Анализ корреляционной связи проводился с использованием коэффициента Спирмена.

Результаты. Среди 95 пациентов с ВЗК внекишечные проявления встречались у 67 пациентов (71%). При клиническом осмотре на боли в суставах жаловались 61 пациент с ВЗК (64%), болезненность при пальпации энтезисов отмечали 49 пациентов (52%). По результатам УЗИ суставов синовиты были выявлены у 41 пациента (43%), в том числе синовиты с васкуляризацией – у 29 пациентов (31%). По результатам УЗИ энтезиты были обнаружены у 72 пациентов (76%), при этом васкуляризированные энтезиты

были выявлены у 35 пациентов (37%). Эрозии определялись у 76 пациентов (80%), а энтезофиты были выявлены у 37 пациентов (39%). Средний уровень физического благополучия составил 43,53 (35,67; 51,66), психического благополучия 38,53 (31,13; 48,37).

Обратная корреляционная связь наблюдалась между числом внекишечных проявлений и шкалой физического функционирования (SR=-0,22; p=0,03). Число болезненных суставов обратно коррелировало со шкалами физического функционирования (SR=-0,22; p=0,03), интенсивности боли (SR=-0,23; p=0,02), жизненной активности (SR=-0,23; p=0,027), а также с общим параметром физического благополучия (SR=-0,21; p=0,04). Число болезненных энтезисов обратно коррелировало со шкалами физического функционирования (SR=-0,21; p=0,03), интенсивности боли (SR=-0,3; p=0,003), с общим параметром физического благополучия (SR=-0,21; p=0,03). Обратная корреляционная связь наблюдалась между числом синовитов с васкуляризацией и шкалами физического функционирования (SR=-0,26; p=0,01), жизненной активности (SR=-0,29; p=0,005), а также с общим параметром физического благополучия (SR=-0,23; p=0,024). Число энтезитов обратно коррелировало со шкалой интенсивности боли (SR=-0,22; p=0,036).

Выводы. С увеличением числа пораженных суставов и энтезисов снижается уровень физического благополучия пациентов, за счет показателей физического функционирования и интенсивности боли, а также их жизненная активность.

ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Ганиева Н.А., Ризамухаммедова М.З.,
Арипова Н.А., Нормуродова М.О.,
Зувайдуллаев А.А.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучить поражение сердечно-сосудистой системы при ССД.

Материалы и методы. Обследовано 38 больных ССД в возрасте от 19 до 47 лет с давностью заболевания от 9 месяцев до 13 лет, из них 36 женщин и 2 мужчин. По течению больные распределились следующим образом: острый вариант течения отмечался у 4 (14%) пациентов, подострый вариант - у 26 (57%), хронический вариант течения выявлен у больных 8 (29%). Всем больным с ССД проводилось общеклиническое исследование, а также ЭКГ, ЭхоКС.

Результаты и обсуждение. При тщательном обследовании поражение сердца выявлено у 62% больных ССД, которое клинически проявлялось сердцебиением у 17 больных (42%), болями в области сердца – у 3 (16%), одышкой – у 8 (48%) больных, «перебои в работе сердца» ощущали 2 (11,7%) пациентов. При перкуссии смещение границ влево выявлено у 3 (16%) больных. При аускультации сердца диагностирована приглушенность тонов сердца у 21 (65%) пациента, систолический шум над верхушкой у 4 (23%) больных. На ЭКГ гипертрофия левого желудочка установлена у 3 (13%) пациентов, снижение внутрижелудочковой проводимости – у 14 (52%), нарушение кровообращения – у 4 (23%) и нарушение обменных процессов в миокарде – у 17 (76%) больных. У 24 больных выявлены различные виды нарушения ритма, чаще по типу синусовой тахикардии – у 15 (52%) больных, синусовой аритмии – у 7 (25%) и у 2 (17%) пациентов обнаружена желудочковая экстрасистолия. При ЭхоКС у 11 (29%) пациентов выявлена дискинезия межжелудочковой перегородки, диастолическая дисфункция левого желудочка – у 5 (17%), снижение фракции выброса меньше 45% – у 2 (11%), а также явления локального миокардиосклероза – у 12 (58%) пациентов.

Выводы. Таким образом, поражение сердечно-сосудистой системы при ССД встречается довольно часто, однако клинические проявления сердечной патологии выражены весьма незначительно. Применение дополнительных инструментальных исследований, включая суточный мониторинг ЭКГ, ЭхоКС будет способствовать выявлению прогностически неблагоприятных форм поражения миокарда, скрытой сердечной недостаточности у больных ССД.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ УРОВНЯ ИММУНОГЛОБУЛИНА G ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ИММУНОСУПРЕССАНТАМИ И РИТУКСИМАБОМ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ НАБЛЮДЕНИИ

Гарзанова Л.А., Ананьева Л.П., Конева О.А.,
Овсянникова О.Б., Десинова О.В.,
Старовойтова М.Н., Шаяхметова Р.У.,
Хелковская-Сергеева А.Н.

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

Цель исследования. Снижение уровня иммуноглобулина G (ИГ) достаточно часто может на-

блюждаться при системной склеродермии (ССД) на фоне терапии иммуносупрессантами (ИС) и ритуксимабом (РТМ). Низкий уровень ИГ увеличивает риск развития вторичных инфекций. Цель исследования - оценить динамику уровня ИГ и риск возникновения вторичных инфекционных нежелательных явлений (НЯ) при длительной терапии ИС и РТМ у пациентов с ССД.

Материалы и методы. В исследование было включено 27 пациентов с достоверным диагнозом ССД. Средний период наблюдения составил $76,4 \pm 8,7$ месяцев. Средний возраст – 46 ± 16 лет, женский пол – 22 пациента (82%), диффузная форма заболевания – 20 пациентов (74%). Средняя длительность болезни – $5,1 \pm 3,6$ лет. Все пациенты получали преднизолон (ПЗ) в средней дозе $12,6 \pm 4,5$ мг/сут. ИС при включении получали 62% пациентов (из них – циклофосфамид – 47%, микрофенолата мофетил – 41%, метотрексат – 12%). Уровень ИГ оценивался в следующие периоды после начала терапии РТМ: исходно (точка 0), через 12-18 месяцев (точка 1), 24-60 месяцев (точка 2) и 66-84 месяцев (точка 3). ИГ измерялся методом ИФА, нормальные значения составляют 7-16 г/л. Суммарная доза РТМ составила в точке 1= $1,9 \pm 0,4$ г; в точке 2= $4,3 \pm 1,2$ г; в точке 3= $5,8 \pm 2,6$ г. НЯ оценивались и фиксировались врачом в стационаре сразу после инфузии РТМ, а затем путем опроса пациентов в течение всего периода наблюдения. Тяжелые НЯ определялись как потребовавшие госпитализации на срок более 24 часов или вызвавшие опасное для жизни состояние. Результаты представлены в виде средних значений.

Результаты и обсуждение. На фоне терапии было отмечено достоверное снижение уровня ИГ. Исходно (точка 0) уровень ИГ= $11,5 \pm 3,2$ г/л; в точке 1= $9,6 \pm 2,6$ г/л ($p=0,001$); в точке 2= $8,9 \pm 2,3$ г/л ($p=0,001$); в точке 3= $9,6 \pm 2,5$ г/л ($p=0,01$). Но средний уровень ИГ оставался в пределах нормальных значений. Изначально низкий уровень ИГ был у 4 пациентов (15%). В дальнейшем в точке 1 было снижение ИГ у 5 пациентов (18%), в точке 2 – у 6 (22%), в точке 3 – у 5 (18%). При сравнении уровня ИГ между точкой 2 и 3 – не было получено достоверных изменений. НЯ были оценены за период 172,8 пациенто-лет (ПЛ). Инфекционные НЯ были у 21 (77%) пациента, общая частота их составила 12,2/100 ПЛ (95% доверительный интервал (ДИ) 7,7-18). Наибольшая частота НЯ наблюдалась в первые 2-6 месяцев после начала терапии РТМ, но в большинстве случаев это были легкие НЯ (85%). Частота серьезных инфекций – 1,7/100 ПЛ (95% ДИ 0,3-5). Было отмечено снижение НЯ в период после 24 месяца наблюдения (6,9/100 ПЛ, 95% ДИ 3,6-11). Нами была выявлена умеренная отрица-

тельная статистически значимая корреляция между уровнем ИГ и дозой ПЗ ($r=-0,45$; $p=0,001$). Выявлена умеренная статистически значимая корреляция между приемом ИС и частотой вторичных инфекций ($r=0,69$, $p=0,005$).

Выводы. Достоверное снижение ИГ было отмечено у пациентов с ССД в течение первых 5 лет комплексной терапии ПЗ, ИС и РТМ, однако в дальнейшем его уровень стабилизировался и оставался в пределах нормальных значений. Снижение ИГ в первый год терапии сопровождалось увеличением частоты инфекционных НЯ. Однако при увеличении кумулятивной дозы РТМ увеличения инфекционных НЯ не наблюдалось. Мониторинг уровня ИГ может быть полезен для пациентов с ССД, получающих комплексную терапию ИС и РТМ, для раннего выявления риска развития инфекционных осложнений и решения вопроса о заместительной терапии препаратами ИГ.

СНИЖЕНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ РИТУКСИМАБОМ

Гарзанова Л.А., Ананьева Л.П., Конева О.А.,
Овсянникова О.Б., Десинова О.В.,
Старовойтова М.Н., Шаяхметова Р.У.,
Хелковская-Сергеева А.Н.

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

Цель исследования. Оценить динамику изменений систолического давления в легочной артерии (СДЛА) у пациентов с интерстициальным поражением легких (ИПЛ), ассоциированном с системной склеродермией (ССД), на фоне терапии ритуксимабом (РТМ).

Материалы и методы. В исследование было включено 30 пациентов с исходно повышенными значениями СДЛА (более 35 мм рт. ст. по данным эхокардиографии). Эти пациенты были ретроспективно отобраны из группы больных ССД (103 пациента), получавших РТМ в качестве терапии ИПЛ. Средний период наблюдения составил $13,6 \pm 2,7$ месяца. Средний возраст 52,6 лет (30-65 лет), женщины – 26 (87%), диффузная форма заболевания – 13 (43%) пациентов, средняя продолжительность заболевания – $7,2 \pm 6,3$ года. Суммарная доза РТМ составила $1,65 \pm 0,69$ г. Все пациенты получали преднизо-

лон в дозе $11,3 \pm 3,7$ мг/сут, иммуносупрессанты при включении получали 47% из них. Результаты представлены в виде средних значений.

Результаты и обсуждение. На фоне терапии было отмечено достоверное увеличение форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) с $75,6 \pm 20,1$ до $82,5 \pm 19,2\%$ ($p=0,01$). Улучшение функции легких сопровождалось достоверным снижением СДЛА с $48,2 \pm 13,8$ до $44,4 \pm 12,3$ мм рт.ст. ($p=0,008$). Была выявлена умеренная отрицательная статистически значимая корреляция между СДЛА и ФЖЕЛ ($r=-0,522$; $p=0,003$). Так же было отмечено достоверное увеличение теста 6-минутной ходьбы с 419,6 до 453,8 м ($p=0,02$).

Выводы. В нашем исследовании СДЛА достоверно снизилось через год после начала терапии РТМ. Снижение СДЛА коррелировало с увеличением ФЖЕЛ и сопровождалось увеличением теста 6-минутной ходьбы. РТМ можно рассматривать как потенциально эффективный препарат в комплексном лечении интерстициального поражения легких, ассоциированного с системной склеродермией, и осложненного легочной гипертензией.

ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ПОЖАРНЫХ

Гацура В.Ю.¹, Бацков С.С.¹, Рейнюк В.Л.²,
Пятибрат Е.Д.³

¹Всероссийский центр экстренной и радиационной
медицины имени А.М. Никифорова,

²Научно-клинический центр токсикологии
имени академика С.Н. Голикова,

³Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Определить особенности патогенеза жировой дегенерации печени при хроническом профессиональном воздействии токсичных продуктов горения у пожарных.

В клиническом отделе гастроэнтерологии и гепатологии Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Санкт-Петербург) обследовали 121 пожарного и 125 прочих сотрудников и работников ГПС МЧС России, которые не принимали непосредственного участия в пожаротушении. Возраст пожарных ($36,5 \pm 5,5$) лет, стаж работы в ГПС МЧС России – ($11,7 \pm 6,5$) лет, других сотрудников – ($39,5 \pm 4,5$) и ($41,5 \pm 5,5$) лет соответственно. В Се-

веро-Западном научном центре гигиены и общественного здоровья (Санкт-Петербург) у этих пожарных была определена концентрация диоксинов в липидах крови, которая составляла $518,7 \pm 74,2$ пг/г липидов, а у лиц других профессий средняя концентрация диоксинов составила $45,3 \pm 3,18$ пг/г липидов. Среди обследованных пожарных и прочих лиц, неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) встречалась только в форме жировой дегенерации печени. В исследовании использовались токсикологические, биохимические, молекулярно-генетические и иммунологические методы.

Полученные результаты свидетельствуют, что показатели холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) в группе больных пожарных были на 38% больше, чем в группе больных других профессий ($p < 0,05$) и достоверно не отличались от показателей группы пожарных без заболеваний пищеварительного тракта. В связи с чем коэффициент атерогенности у больных других профессий в 2 раза выше, чем у больных пожарных, что позволяет судить о различающихся механизмах формирования заболевания в этих группах.

Анализ данных, полученных с помощью эластографии, свидетельствуют о первичном поражении печени в обеих группах с НАЖБП, но при этом эластичность ткани органа в группе других профессий достоверно больше. Результаты, полученные при ДУХГ, свидетельствуют, что в группе пожарных с НАЖБП определяется нарушения моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря, с преобладанием гипомоторной дисфункции. Обращают на себя внимание более низкие значения ИМТ и ОТБ у больных пожарных по сравнению с больными других профессий.

Таким образом данные, полученные в исследовании, свидетельствуют о различных механизмах формирования неалкогольной жировой болезни печени у пожарных и сотрудников МЧС России других профессий. Взаимосвязь развития метаболического синдрома и неалкогольной жировой болезни печени, давно доказана. Однако у большинства обследуемых пожарных с неалкогольной жировой болезнью печени признаки метаболического синдрома были минимальными или полностью отсутствовали. Классическая картина патогенеза НАЖБП предусматривает прямую зависимость продукции триглицеридов в гепатоците и содержания в нем жирных кислот. Но в тоже время известны случаи жирового перерождения печени, связанные с хронической интоксикацией. Это позволяет предположить, что основным этиологическим фактором формирования неалкогольной жировой болезни печени у пожарных является влияние на печень токсических продуктов горения.

РАННИЙ РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ: ФЕНОТИПЫ ОЖИРЕНИЯ

Горбунова Ю.Н., Кондратьева Л.В.,
Попкова Т.В., Насонов Е.Л.

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

Актуальность. Пациенты с ревматоидным артритом (РА) и ожирением имеют более низкий риск ранней смертности, чем пациенты с нормальным весом, так называемый «парадокс ожирения». В литературе обсуждаются фенотипы ожирения: классическое ожирение, метаболически здоровый избыточный вес, латентное ожирение (нормальный вес при метаболических нарушениях, особенно при инсулинорезистентности и дисбалансе адипоцитокинов).

Цель. Уточнить частоту фенотипов ожирения и выявить факторы, предрасполагающие к «латентному ожирению» без сахарного диабета (СД) или гипергликемии у пациентов с ранним РА.

Материалы и методы. В исследование включено 35 пациентов (23 женщины/12 мужчин) с ранним РА (критерии ACR/EULAR, 2010), 56 [43,0; 60,0] лет, без опыта приема глюкокортикоидов (ГК) и болезнь-модифицирующих противоревматических препаратов, без установленного диагноза СД. Медиана длительности заболевания составила 8,0 [6,0; 15,0] месяцев, серопозитивность по IgM РФ и АЦЦП, с высокой активностью РА (DAS28 5,9 [5,2; 6,4]; SDAI 35,4 [27,0; 45,8], CDAI 31,0 [26,0; 44,0]). Уровень инсулина измеряли с помощью электрохемилюминесцентного теста Elecsys (Roche Diagnostics), концентрацию лептина в сыворотке крови – с помощью иммуноферментного анализа ELISA (DBS – Diagnostics Biochem Canada Inc.). Инсулинорезистентность (ИР) определяли как оценку модели гомеостаза индекса резистентности к инсулину (НОМА-IR) $\geq 2,77$. Уровни лептина считались повышенными при значениях $\geq 11,1$ нг/мл для женщин, $\geq 5,6$ нг/мл для мужчин. Статус избыточного веса/ожирения определялся по критериям Всемирной организации здравоохранения у пациентов с индексом массы тела (ИМТ) ≥ 25 кг/м².

Результаты. Избыточный вес/ожирение установлены у 19 (54,3%) пациентов с ранним РА, у 4/19 (21%) был выявлен высокий уровень лептина и резистентность к инсулину, у 11/19 (58%) – изолированная гиперлептинемия. Нормальный ИМТ наблюдался у 16 (45,7%) пациентов с ранним РА, у 2/16 (12,5%) были повышены уровни лептина и ИР, а у 6/16 (37,5%) – только гиперлептинемия. Метаболические нарушения отсутствовали у 4 (21%) пациентов с избыточной массой тела и у 8 (50%) пациентов

с нормальным ИМТ ($p=0,02$). Классическое ожирение выявлено у 15 (43%), латентное ожирение – у 8 (23%) пациентов с ранним РА.

В группе с избыточным весом/ожирением уровень лептина коррелировал с окружностью талии ($r=0,58$), ИМТ ($r=0,71$), СОЭ ($r=0,5$, $p=0,02$); в группе с нормальным весом наблюдалась ассоциация лептина с окружностью талии ($r=0,59$), IgM РФ ($r=0,58$) и уровнями триглицеридов ($r=0,77$), индексом атерогенности ($r=0,62$) ($p<0,05$ во всех случаях).

Выводы. При раннем РА среди фенотипов ожирения наиболее часто встречался классический тип, ассоциированный с абдоминальным ожирением и воспалением. Латентное (скрытое) ожирение наблюдалось несколько реже и было связано с индексом атерогенности и абдоминальным ожирением, что повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний при РА. Метаболически здоровый избыточный вес/ожирение при раннем РА наблюдался редко.

КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ИХ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ

Гордиенко А.В., Сотников А.В., Тасыбаев Б.Б.,
Носович Д.В.

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

Цель исследования. Определить среди факторов сердечно-сосудистого риска (КВР) наиболее значимые предвестники развития острого повреждения почек (ОПП) при инфаркте миокарда (ИМ) у мужчин моложе 60 лет для улучшения профилактики.

Материалы и методы. Изучены результаты обследования и лечения мужчин 19-60 лет с верифицированным инфарктом миокарда I типа (по IV универсальному определению этого заболевания) и скоростью клубочковой фильтрации (СКФ, СКД-ЕР1) ≥ 30 мл/мин/1,73 м². ОПП диагностировали в случаях увеличения уровня креатинина на 26,5 мкмоль/л на протяжении не менее двух суток (и/или в 1,5 раза в течение семи суток) по сравнению с его исходным уровнем в первые 48 часов ИМ. В исследуемую (I) группу вошли 25 пациентов (средний возраст 50,6 \pm 5,3 лет) с ИМ и ОПП. Контрольную (II) группу составили 486 больных без ОПП (средний возраст 51,0 \pm 6,7 лет, $p=0,4$). При работе с больными учитывали наличие факторов КВР, а также состояний, провоцирующих возникновение ИМ. Ангипатии

верифицированы соответствующими специалистами при наличии показаний. Умеренным ожирением считали состояния с индексом массы тела (ИМТ) Кетле 30,0-34,9 (кг/м²). С помощью критерия Хи-квадрат Пирсона выполнен анализ рисков развития ОПП. Уровень значимости принят при вероятности ошибки менее 0,05.

Результаты исследования. По результатам прогнозирования для 17 показателей из группы факторов КВР получена статистическая значимость их влияния на риск возникновения ОПП с диапазоном уровней рисков от 15,0% до 46,2%. Основными статистически значимыми факторами оказались: наличие в анамнезе операций шунтирования (АР 46,2%; ОР 4,37; $p=0,0002$), язвенной болезни (АР 25,8%; ОР 2,46; $p=0,02$), нестабильной стенокардии (АР 19,8%; ОР 2,46; $p=0,02$), умеренного ожирения (АР 24,0%; ОР 2,64; $p=0,007$) с ИМТ 27,4 кг/м² и более (АР 18,5%; ОР 2,33; $p=0,03$), массой тела 81,8 кг и более (АР 25,8%; ОР 2,46; $p=0,02$), длительности ожирения менее 10 лет (АР 18,8%; ОР 3,8; $p=0,005$), ИМ в зимний период (АР 21,8%; ОР 3,13; $p=0,003$), курение (АР 16,4%; ОР 4,35; $p=0,02$), артериальная гипертензия давностью более семи лет (АР 21,4%; ОР 2,26; $p=0,03$) с периферическими ангиопатиями (АР 18,9%; ОР 3,21; $p=0,008$), возраст менее 53 лет (АР 46,2%; ОР 4,37; $p=0,0002$), уровень триглицеридов 1,9 ммоль/л и более в первые часы ИМ (АР 46,2%; ОР 4,37; $p=0,0002$).

Выводы. Наиболее значимыми среди факторов КВР предикторами развития ОПП при ИМ у мужчин моложе 60 лет оказались операции шунтирования, язвенная болезнь и ожирение (ИМТ 30,0-34,9 (кг/м²)) в анамнезе. Сочетания перечисленных выше факторов могут использоваться при выделении среди пациентов группы высокого риска развития ОПП для своевременного проведения превентивных мероприятий, а также – прогностического моделирования.

САРКОПЕНИЯ У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Григорьева Н.Ю.¹, Струц А.И.^{1,2}, Буянова М.В.¹

¹Нижегородский государственный университет
имени Н.И. Лобачевского,

²Городская поликлиника №1,
г. Нижний Новгород

Цель. Определить распространенность риска саркопении у хрупких пациентов (с синдромом старческой астении (СА)) с выявленной мальнутрицией.

Материалы и методы. Работа проводилась на базе гериатрического кабинета Городской поликлиники №1 Приокского района города Нижнего Новгорода в период с декабря 2021 по январь 2022 г. Исследование одобрено локальным этическим комитетом. Обследовано 30 пациентов с СА, выявленной на основании скрининга «ВОЗРАСТ НЕ ПОМЕХА» и имеющих недостаточность питания, выявленной на основании опросника MNA. Средний возраст пациентов 81,1 [78,3; 85,3] лет. Среди них оказалось 29 женщин (96,7%) и 1 мужчина (3,3%). В исследование не включались лица с деменцией, ожирением, дисфагией, тяжелой почечной недостаточностью, и лица, находящиеся на диетах по медицинским показаниям. Все пациенты были разделены на две группы на основании данных о физической активности (в первую группу вошли пациенты, регулярно занимающиеся физической активностью более 30 мин в день, во вторую – те, кто занимался нерегулярно). Нутритивный статус оценивался по клиническим и физикальным данным, опроснику MNA (5). Скрининг наличия саркопении проходил по опроснику SACR-F, определению скорости ходьбы на 4 метра, динамометрии. Статистическая обработка данных проведена с использованием программы STATISTICA 10.0.

Результаты и обсуждение. В первую группу вошли 9 человек, которые имели регулярные физические нагрузки. Средний возраст в обеих группах статистически значимо не различался. Средний показатель динамометрии в первой группе – 12,5 [10,75; 15,1] кг, а во второй – 11,1 [9,1; 13,1]. Найденные результаты имеют статистически значимую разницу ($p=0,0044$). В первой группе средняя скорость ходьбы на 4 метра составила 0,95 [0,7; 1,1] м/с, во второй группе данный показатель 0,8 [0,4; 1,0] м/с ($p=0,0136$). По опроснику SARC-F в первой группе никто не набрал более 3 баллов – средний показатель 2,5 [2; 3]. По опроснику SARC-F во второй группе – средний показатель 4 [3; 5]. Данные результаты имеют статистически значимую разницу ($p=0,00014$).

Выводы. В настоящем исследовании показана высокая распространенность риска саркопении у «хрупких» пациентов старшего возраста, имеющих синдром мальнутриции. Недостаточность питания является важным фактором риска развития саркопении, однако пациенты, выполняющие регулярные физические нагрузки более 30 мин/сут, показали результаты лучшей скорости ходьбы на 4 метра, динамометрии, а также результаты по опроснику SACR-F. Данные результаты позволяют сделать вывод, что регулярная физическая активность более 30 мин в день является профилактикой развития саркопении даже при наличии синдрома мальнутриции.

КАК МЕТАБОЛИТЫ МЕТОТРЕКСАТА ПОКИДАЮТ КЛЕТКИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ?

Гриднева Г.И.¹, Аронова Е.С.¹, Самаркина Е.Ю.¹,
Баймеева Н.В.², Муравьев Ю.В.¹

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

²Научный центр психического здоровья,
Москва

Цель исследования. Описать фармакокинетику основных метаболитов метотрексата (МТ) после завершения не менее чем 8-недельного лечения у больных ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы. В исследование включено 9 пациентов с РА, установленным согласно критериям ACR/EULAR 2010, 7 (78%) женщин и 2 (22%) мужчины в возрасте 54±10 лет, ранее не получавшие МТ. Все пациенты имели нормальную выделительную функцию почек (СКФ более 60 мл/мин). Длительность РА составила 7 [3; 24] мес. Индекс активности заболевания (DAS28) составил 5,09 [4,3; 5,9]. Индекс массы тела в среднем составил 25,2±3,6 кг/м². Все пациенты получали МТ в дозе 10-15 мг/м² поверхности тела (в среднем 17±6 мг/нед) в течение 27±11 недель (медиана 33 [15; 36], мин. 12, макс. 40). Образцы крови собирали до отмены МТ, а также через 14±4 (медиана 12 [12; 17], мин. 8, макс. 21) недель после отмены МТ. Причинами для прекращения лечения были: неэффективность: 5 (56%), нежелательные явления: 3 (33%), решение пациента: 1 (11%). Определение моноглутамата метотрексата (МТМГ) в эритроцитах (ЭР) и мононуклеарных клетках (МО), а также основные метаболиты МТ-полиглутаматы с 2,3 и 4 глутаматными остатками (МТПГ 2-4), а также 7-гидроксиметотрексат (7-ОН-МТ) измеряли с помощью тандемной хромато-масс-спектрометрии, результат выражали в нмоль/л. Расчет был выполнен с помощью пакета статистического анализа данных Statistica 10 для Windows (StatSoft Inc., США) с использованием методов параметрической и непараметрической статистики.

Результаты и обсуждение. Были обнаружены статистически значимые различия при измерении концентраций следующих метаболитов (до и после отмены МТ): МТМГ(ЭР) (14 [4; 23] против 0,1 [0,001; 0,2], $p=0,002$), МТПГ2(ЭР) (33 [9; 52] против 2,3 [1,8; 6,1], $p=0,046$), МТПГ3(ЭР) (42 [5; 43] против 1,9 [1,3; 5,0], $p=0,016$), общее количество МТПГ2-4(ЭР) (48 [22; 105] против 5,6 [3,9; 12,4], $p=0,0026$); МТМГ(МО) (0,6 [0,03; 1,84] против 0,01 [0,01; 0,05], $p=0,023$), МТПГ2(МО) (1,57 [0,96; 3,05] против 0,19

[0,08; 0,52], $p=0,041$), МТПГ3 (МО) (1,8 [1,0; 4,4] против 0,29 [0,08; 0,48], $p=0,041$). Соотношение концентраций до/после отмены составило соответственно: 1,5 для 7-ОН-МТ(ЭР), 166,1 для МТМГ(ЭР), 14,2 для МТПГ2(ЭР), 21,7 для МТПГ3(ЭР), 4,1 для МТПГ4(ЭР) и 8,7 для МТПГ2-4(ЭР). При проведении измерений в мононуклеарах эта тенденция сохраняется: 2,9 для 7-ОН-МТ(МО), 56,5 для МТМГ(МО), 8,3 для МТПГ2(МО), 6,3 для МТПГ3(МО), 1,5 для МТПГ4(МО) и 5,2 для МТПГ2-4(МО).

Выводы. Снижение концентраций различных метаболитов МТ после отмены происходит неодинаково. Наиболее значительным через 12 недель после отмены является снижение моноглутамата МТ, наименее значительным является снижение 7-гидрокси-метотрексата и МТПГ4.

ФАРМАКОКИНЕТИКА МЕТОТРЕКСАТА У ПАЦИЕНТОВ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ДОСТИГШИХ РЕМИССИИ

Гриднева Г.И.¹, Аронова Е.С.¹, Самаркина Е.Ю.¹,
Баймеева Н.В.², Муравьев Ю.В.¹

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

²Научный центр психического здоровья,
Москва

Цель исследования. Выявить среди метаболитов метотрексата (МТ) предиктор ремиссии ревматоидного артрита (РА).

Материалы и методы. В исследование включено 79 больных (65 женщин и 14 мужчин) в возрасте $53,6 \pm 10,2$ лет с диагнозом РА (согласно критериям ACR/EULAR 2010), не леченые ранее МТ. Больные приглашались на визиты через 4, 12 и 24 недели терапии. МТ назначался в качестве монотерапии с постепенным повышением дозы с 10-15 мг/нед до 20-25 мг/нед. Средняя доза МТ составила $15,3 \pm 3,6$ мг/нед через 4 недели, $18,2 \pm 3,4$ мг/нед через 12 недель, $17,9 \pm 4,2$ мг/нед через 24 недели. Образцы цельной крови были изучены после 4, 12 и 24 недели, концентрация в эритроцитах и мононуклеарах моноглутамата МТ и полиглутаматов с 2, 3 и 4 остатками (МТПГ 2-4), а также 7-гидрокси-метотрексата раздельно в эритроцитах и мононуклеарах выполнялось с помощью тандемной хромато-масс-спектрометрии, результат представлен в нмоль/л. ИМТ $27,9 \pm 5,8$ кг/м², длительность заболевания на момент назначения МТ, 7,0 [5,0; 13,0] мес, DAS28 на момент назначения заболевания 5,2 [4,0; 5,4], 7 (35%) принимали глюкокортикоиды, 11 (55%) были

серопозитивными, 4 (20%) были курильщиками, у 12 (60%) были выявлены нежелательные реакции различной степени тяжести, не приведшие к отмене МТ. Ремиссию определяли согласно критериям EULAR. Статистический анализ выполнен с помощью пакета Statistica 10.

Результаты и обсуждение. Ранее показано, что уровень тетраглутамата МТ (МТПГ4), равный 22,4 нмоль/л является предиктором хорошего ответа на терапию МТ. У больных данной когорты, достигших ремиссии к 24 неделе лечения ($n=20$), определялся статистически значимо более высокий уровень МТПГ4 (11,04 [5,7; 19,3] нмоль/л против 3,27 [0,8; 8,95] нмоль/л у остальных больных). При этом из всех 79 больных «целевая» концентрация МТПГ4=22,4 нмоль/л через 4 недели достигнута у 4 больных, через 12 недель – у 7 больных и к 24 неделе количество таких больных значительно возрастает и составляет 19. Концентрация остальных исследованных метаболитов в группе пациентов, достигших ремиссии, не отличалась от соответствующих показателей пациентов, не достигших ремиссии.

Выводы. Эталонной для изучения успешной терапии МТ можно считать модель пациента, достигшего ремиссии при монотерапии МТ. В нашей когорте у таких больных выявлены особенности распределения метаболитов МТ. Таким образом, высокие значения МТПГ4 в эритроцитах к 24 неделе терапии (целевое – 22,4 нмоль/л) следует считать фармакокинетическим ориентиром при проведении базисной противовоспалительной терапии метотрексатом больных ревматоидным артритом.

ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРОГЕННОЙ РАДИКУЛОПАТИЕЙ

Громакова С.В.

Федеральный научный центр реабилитации
инвалидов имени Г.А. Альбрехта,
Санкт-Петербург

Радикулопатия, как правило, сопровождается резкими простреливающими болями, ограничением подвижности пациентов, нарушением кровообращения с последующей ивализацией.

Цель работы. Исследовать изменение клинических проявлений вертебро-неврологической симптоматики и эмоционально-личностной сферы пациентов до и после комплексной терапии.

Материалы и методы. Обследовано 25 пациентов с вертеброгенной радикулопатией. Среди

основных жалоб преобладали жалобы на продолжительные боли устойчивого ноющего характера в области позвоночника с иррадиацией в верхние и нижние конечности.

Для определения уровня интенсивности боли использовалась визуально-аналоговая шкала для оценки боли (ВАШ). Выраженность психопатологической симптоматики определялась с помощью опросника SCL-90-R по шкалам: СОМ – соматизация; АNX – тревожность, DEР – депрессия, INX – межличностная чувствительность, НОS – враждебность, АDD – дополнительные вопросы. Опросник Шмишека использовался для выявления акцентуаций характера. Шкалы ПШОВС позволили оценить уровень вертебро-неврологической симптоматики (степень ограничения объема движений и выраженность корешкового синдрома).

Использовались инвазивные методы лечения (медикаментозная и локальная инъекционная терапия) и неинвазивные: эмпатотехника для устранения ощущений боли, физиотерапевтические процедуры, массаж, лечебная физкультура.

Проводилась статистическая обработка полученных результатов.

Результаты и их обсуждение. У пациентов на фоне сильной боли ($7,22 \pm 0,20$) были выявлены высокие уровни СОМ ($1,53 \pm 0,10$), АNX ($1,09 \pm 0,13$), DEР ($1,15 \pm 0,12$), INX ($1,07 \pm 0,12$), АDD ($1,02 \pm 0,12$). У большинства пациентов обнаружены акцентуации по астеническому (56%) типу. 65% пациентов оценивали ограничение объема движений по шкале ПШОВС (50%-74%) в 3 балла и сопровождалось сильно выраженным корешковым синдромом. В 35% случаев обнаружено ограничение объема движений в пределах от 25% до 49% (2 балла), сопровождающееся умеренно выраженным корешковым синдромом. После проведения курса реабилитации отмечалось снижение ($p < 0,01$) интенсивности боли ($3,56 \pm 0,41$) до состояния дискомфорта, и уменьшение выраженности психопатологической симптоматики (СОМ – $0,87 \pm 0,09$; АNX – $0,43 \pm 0,11$; DEР – $0,56 \pm 0,10$; НОS – $0,34 \pm 0,06$; INX – $0,53 \pm 0,10$; АDD – $0,48 \pm 0,09$). Шкала ПШОВС позволила выявить улучшение объема движений у 40% пациентов (ограничение объема движений находилось в пределах 25%-49% и соответствовало 2 баллам) с умеренно выраженным корешковым синдромом. У 60% пациентов в конце курса ограничение объема движений не превышало 20% со слабо выраженным корешковым синдромом.

Заключение. В процессе исследования было обнаружено, что наличие выраженного корешкового синдрома с существенным ограничением объема движения у больных сопровождалось выраженной психопатологической симптоматикой. У большинства пациентов преобладал астенический

тип. Комплексное лечение позволило добиться существенных положительных результатов: на фоне значительного снижения интенсивности боли с увеличением объема движений отмечалось улучшение психофизиологического состояния больных. Полученные результаты показывают важность применения комплексных подходов в процессе медицинской реабилитации для пациентов с вертеброгенной радикулопатией.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕДКОЙ АРТЕРИОПАТИИ С ХАРАКТЕРНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОЖИ И МОЗГОВЫХ СОСУДОВ

Грузманов А.К.^{1,2}, Мазуренко С.О.^{1,2}

¹Санкт-Петербургский государственный университет,

²Городская больница

Святого Великомученика Георгия,

Санкт-Петербург

Цель исследования. Врачи общей практики и узкие специалисты нередко сталкиваются с васкулитами и невоспалительными артериопатиями различного генеза, но при этом испытывают трудности в их диагностике. В работе поставлена цель описать относительно редкий, но достаточно простой в диагностике синдром, характеризующийся сочетанием нарушений кровообращения головного мозга по ишемическому типу и сетчатым ливедо.

Материалы и методы. Пациентка 1983 года рождения госпитализированная в неврологическое отделение городской больницы Святого Великомученика Георгия с подозрением на острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в ноябре 2016 года после резкого ухудшения зрения и памяти.

Результаты. Анализируя историю болезни пациентки было установлено, что она на протяжении нескольких лет страдала артериальной гипертензией. Среди остальных факторов риска ишемического инсульта у нее отмечалось только курение. В анамнезе обращали на себя внимание два спонтанных аборта на ранних сроках беременности. Также пациентка указала, что ее отец перенес первый ишемический инсульт в возрасте 46 лет. При физикальном осмотре на коже больной было обнаружено стойкое диффузное сетчатое ливедо. Диагноз ОНМК по ишемическому типу в бассейне ЛЗМА и ПЗМА был подтвержден с помощью МРТ головного мозга. За время госпитализации пациентка была дообследована: по данным суточного ЭКГ мониторинга данных за нарушения ритма не получено, по данным ультразвукового исследования брахиоцефальных

сосудов – минимальные проявления атеросклероза. Для исключения дебюта рассеянного склероза выполнена люмбальная пункция – без патологических изменений. В феврале 2017 пациентка продолжила комплексное обследование в клинической ревматологической больнице №25. Все маркеры системных аутоиммунных заболеваний и антифосфолипидного синдрома были отрицательными. Сразу после инсульта в качестве вторичной профилактики пациентке была назначена дезагрегантная терапия. Несмотря на это в декабре 2017 у нее случился второй ишемический инсульт. Учитывая рецидивирующие нарушения мозгового кровообращения в молодом возрасте и наличие сетчатого ливедо пациентке был установлен диагноз: первичная форма синдрома Снеддона. В дальнейшем у пациентки случились третий и четвертый ишемический инсульты, которые привели к развитию тетраплегии и дизартрии. Антикоагулянтная терапия была начата только после третьего эпизода ОНМК, чего также оказалось недостаточно для эффективной профилактики.

Выводы. Диагноз синдрома Снеддона устанавливается клинически. Необходимо сочетание сетчатого ливедо и цереброваскулярных нарушений. Следующим этапом диагностики должно быть исключение возможных причин вторичной формы синдрома Снеддона (в первую очередь антифосфолипидного синдрома, системной красной волчанки, мутаций системы гемостаза). Первичная форма синдрома Снеддона является диагнозом исключения. Таким пациентам необходим регулярный контроль и обязательная антитромботическая терапия. Выбор между дезагрегантной и антикоагулянтной терапией остается на усмотрение лечащего врача. Лечение вторичных форм проводится по алгоритмам основного заболевания и почти всегда требует назначения антикоагулянтной терапии.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВАЗОСПАСТИЧЕСКОЙ СТЕНОКАРДИИ У МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА

Гузёва В.М., Ярмош И.В., Болдуева С.А.,
Евдокимов Д.С.

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

Табачный дым и марихуана являются доказанными факторами риска возникновения вазоспастической стенокардии (ВС). По данным систематического обзора у 36,8% пациентов развился инфаркт

миокарда без обструкции коронарных артерий непосредственно после употребления марихуаны.

Цель. Описать и проанализировать клиническое наблюдение пациента 18 лет с ВС и анамнезом курения табака и марихуаны.

Материалы и методы. Клинический случай основан на проспективном наблюдении за пациентом, пролеченным в кардиологическом отделении стационара г. Санкт-Петербурга.

Результаты и их обсуждение. Пациент К., 18 лет, экстренно госпитализирован с жалобами на серию продолжительных приступов типичной ангинозной боли. Физические нагрузки ограничены в связи с быстрой утомляемостью и одышкой. Анамнез жизни: ночной режим работы, малоподвижный образ жизни, психоэмоциональный стресс, курение табака и марихуаны. Возникновение ангинозных болей ранее отрицает. Ухудшение состояния на фоне длительного психоэмоционального стресса, курения марихуаны. Самостоятельно использовал нитропрепараты с кратковременным положительным эффектом. Вызывал неоднократно бригаду скорой медицинской помощи, однако, в связи с отсутствием изменений на ЭКГ диагностировали торакалгию, рекомендовали амбулаторное лечение. Очередное обращение за медицинской помощью с затяжным приступом интенсивной ангинозной боли завершилось экстренной госпитализацией с диагнозом острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST. На ЭКГ: элевация сегмента ST в отведениях II, III, aVF. Экстренная коронарография: гемодинамически значимых стенозов не выявлено. По данным вентрикуло- и аортографии патологии не обнаружено. Интракоронарный провокационный тест не проводился в связи с отсутствием возможности. Кардиомаркеры в пределах референсных значений, дислипидемия. ЭхоКГ: зон нарушения локальной сократимости не выявлено. В динамике на ЭКГ наблюдалось возвращение сегмента ST к изолинии в отведениях II, III, aVF на фоне купирования болевого синдрома. Учитывая транзиторную элевацию сегмента ST на ЭКГ во время приступа ангинозной боли, положительный эффект от нитропрепаратов, отсутствие стенозов по данным КАГ, пациенту выставлен диагноз: ИБС. ВС. Кардиоритмография с вегетативными пробами: вегетативная дисфункция за счет преобладания симпатических влияний вегетативной нервной системы на сердечный ритм. Периферическая тонометрия (EndoPAT): эндотелиальная дисфункция (RNI – 1,31). Пациенту рекомендовались препараты выбора при ВС – антагонисты кальция, модификация образа жизни, отказ от курения и наркотических веществ, нитропрепараты – по требованию. Проспективное наблюдение через два года: на фоне непродолжительного приема антагонистов кальция, отказа от

курения табака и марихуаны, нормализации режима труда и отдыха ангинозные боли не рецидивировали.

Выводы. Развитие ВС у пациента в молодом возрасте нехарактерно для данного заболевания и может приводить к ошибкам диагностики, что и наблюдалось в данном клиническом случае. Верификация диагноза ВС остается проблемой в нашей стране в связи с отсутствием возможности проведения интракоронарного провокационного тестирования. Воздействие нескольких факторов риска (стресс, ночной режим работы, курение табака и марихуаны, гиподинамия и дислипидемия) способствовало развитию вегетативной и эндотелиальной дисфункций с клиническим проявлением ВС у пациента 18 лет. Клиническое наблюдение показало, что коррекция факторов риска может оказывать благоприятное влияние на течение заболевания.

ВЛИЯНИЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ НА ДАЛЬНЕЙШЕЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Гурина Л.Н.¹, Денисик Н.И.²

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Гродненская областная детская клиническая больница, г. Гродно, Республика Беларусь

Цель работы. Изучить влияние содержания лактата капиллярной крови в неонатальном периоде на дальнейшее нервно-психического развитие детей первого года жизни. Патология центральной нервной системы занимает одно из лидирующих мест в перинатальной заболеваемости. Выявление лабораторных маркеров ее формирующих – актуальная проблема медицины. Лактат (молочная кислота) – конечный продукт анаэробного обмена глюкозы, повышенное ее содержание нарушает процесс тканевого дыхания.

Методы исследования. Проведен анализ 43 медицинских карт стационарного пациента, 43 амбулаторных карт развития ребенка. В зависимости от уровня лактата (Лас.) в капиллярной крови у новорожденных детей на 8-10 сутки жизни, были сформированы 3 группы. В первую группу (1-я группа, n=22), включили детей, содержание лактата в капиллярной крови которых колебалось от 2,4 до 3,5 ммоль/л, вторую группу (2-я группа, n=15), составили новорожденные с концентрацией Лас. от 3,6 до 8,0

ммоль/л, в третью группу (3-я группа, n=6) включили детей с уровнем Лас. >8,0 ммоль/л. Исследованы основные показатели нервно-психического развития младенцев на первом году жизни.

Результаты исследования. Как показал проведенный анализ, на первом году жизни у 13 детей из 1-й группы, 6 из 2-й и всех детей из 3-й отмечались нарушения центральной нервной системы, которые проявлялись задержкой нервно-психического развития, синдром двигательных нарушений. К одному году жизни нервно-психическое развитие у 21 пациента из 1-ой группы, всех из 2-ой, двух из 3-ей соответствовало возрасту. У четырех младенцев из 3-ей группы сохранялись клинические признаки поражения центральной нервной системы ($p_{1,3}=0,03$, $p_{2,3}=0,04$).

Выводы. Содержание лактата в капиллярной крови более 8 ммоль/л в периоде новорожденности, на 8-10 сутки после рождения, может служить одним из диагностических маркеров поражения центральной нервной системы у детей первого года жизни в виде задержки психомоторного развития, синдрома двигательных нарушений.

ХАРАКТЕР МИКРОБНОЙ КОЛОНИЗАЦИИ ПРИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Гурина Л.Н.¹, Журавкова А.М.², Денисик Н.И.³

¹Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь,

²Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»,

Минск, Республика Беларусь,

³Гродненская областная детская клиническая больница, г. Гродно, Республика Беларусь

Цель исследования. Провести анализ результатов микробиологических посевов мочи у новорожденных детей с инфекцией мочевыводящих путей для определения основных уропатогенов. Стартовая антибактериальная терапия при инфекции мочевыводящих путей (ИМП) назначается эмпирически. Согласно знаниям об этиологии ИМП наиболее частым уропатогеном является *Escherichia coli*. В последнее время отмечается рост инфекций мочевой системы, вызванной другими бактериями, что диктует необходимость микробиологического мониторинга.

Материалы и методы. В исследование включили 86 новорожденных с инфекцией мочевыводящих путей, которые получили лечение в отделении

второго этапа выхаживания для новорожденных и недоношенных детей Учреждения здравоохранения «Гродненская областная детская клиническая больница» в период с 2009 по 2020 гг. Проведена выкопировка и анализ результатов микробиологического посева мочи из медицинской карты стационарного пациента.

Результаты. Посев мочи на стерильность и чувствительность к антибиотикам выполнен у 76 новорожденных (91,8%) из 86. Как показало проведенное исследование, у 15 детей (19,7%) в моче выделены бактерии, которые представлены следующим спектром возбудителей: *Enterococcus faecalis* (46,0%), *Klebsiella pneumoniae* (21,9%), *Methicillin-resistant Staphylococcus* (23,1%), *Staphylococcus lentis* (9,0%). Отсутствие роста бактерий в моче у 80,3% детей, предположительно связано с тем, что инфекция мочевых путей была вызвана кишечной палочкой чувствительной к полусинтетическим пенициллинам, цефалоспорином III поколения, аминогликозидам, которые наиболее часто назначались новорожденным детям до взятия мочи на микрофлору.

Выводы. Возбудителями инфекции мочевыводящих путей у новорожденных являлись различные бактерии, в нашем исследовании: *Enterococcus faecalis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Methicillin-resistant Staphylococcus*, *Staphylococcus lentis*. Отсутствие *Escherichia coli*, наиболее частого уропатогена, связано с назначением антибактериальной терапии до взятия анализов мочи на микробиологическое исследование. Для эффективного лечения инфекции мочевыводящих путей у новорожденных, предупреждения возникновения антибиотикорезистентных штаммов и персистенции инфекции, необходим микробиологический мониторинг посевов мочи.

НАФТАЛАНОТЕРАПИЯ ПРИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СПОНДИЛОАРТРИТАХ

Гусейнов Н.И.

Азербайджанский медицинский университет,
Баку, Азербайджанская Республика

Введение. Вопросы лечения Периферических Спондилоартритов (ПСПА) сложны и до конца еще не изучены.

Цель. Изучить эффективность аппликацию нафталанской нефти в комплексной физиотерапии у больных ПСПА.

Материалы и методы. Проведены лечебно-реабилитационные мероприятия у 130 больных ПСПА. В зависимости от проводимого метода лечения больные были разделены на 2 группы. Обе груп-

пы больные получали синусоидально-модулированный ток (СМТ), ЛФК и массаж. Больные I группы (n=80) в качестве местного лечения на периферические суставы дополнительно получали аппликацию нафталанской нефти. Больные обеих групп получали фоновую терапию нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП-диклофенак 150 мг/с). Влияние местной терапии на эволюцию патологического процесса изучено в динамике клинических и лабораторных (СОЭ, СРП, иммуноглобулины) данных до-, и после лечения.

Результаты сравнивались с больными ПСПА, не получавшими нафталановые аппликации (II группа n=50). После проведенного физиолечения у подавляющего числа больных достигнуто отчетливое улучшение состояния: уменьшение боли, скованности, увеличение объема движений в периферических суставах, а также, уменьшение дозы или отмена НПВП. Клиническая картина заболевания, как правило, коррелировала с лабораторными данными, что указывало на уменьшение активности у больных, получавших физиопроцедуры, происходило в более ранние сроки, чем у больных не получавших этого вида лечения.

Выводы. В результате исследования уточнены показания и разработана методика физиотерапевтического лечения с использованием аппликации нафталана в комплексе синусоидально-модулированных токов, ЛФК и массаж у больных ПСПА.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРВОГО ИНГИБИТОРА ИЛ-17А SECUKINUMAB ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА

Гусейнов Н.И.

Азербайджанский медицинский университет,
Баку, Азербайджанская Республика

Введение. Анкилозирующий Спондилит (АС) хроническое иммуновоспалительное ревматическое заболевание, поражающее осевого скелета, периферические суставы, связки и сухожилия. Лечение АС сложное и до конца еще не разрешено. Последние годы в терапии ревматических заболеваний с успехом применяется генно-инженерные биологические препараты (ГИБП).

Цель. Изучить эффективность и безопасность ингибитора ИЛ-17А (Secukinumab) в терапии АС.

Материалы и методы. Обследованы 5 больных (М-4, Ж-1) с достоверным диагнозом АС. У всех больных был обнаружен двусторонний рентгеноло-

гический сакроилеит. Давность заболевания варьировалась от 2 до 10 лет. Все больные до применения ГИБП лечились базисными и нестероидными противовоспалительными препаратами.

Методика лечения. В лечении больных с АС использовался Secukinumab 150 мг/подкожно, 0,1,2,3,4 недели, с последующим ежемесячным введением в качестве поддерживающей дозы. До принятое лечения все больные всесторонне обследовались, в том числе был проведен скрининг на туберкулез и противопоказания к применению препарата не было обнаружено. Побочные реакции в виде назофарингита легкой степени, были обнаружены у 2-х больных, у 1-го больного было нарушение сна и крапивница.

Результаты. После первой инъекции у всех больных было обнаружено значительное уменьшение болевого синдрома по ВАШ, улучшение маркера воспаления по индексу ASDAS-CRP, а также улучшение динамики индекс BASMI и mSASSS по сравнению с исходным.

Выводы. Secukinumab в дозе 150 мг/подкожно оказался эффективным и безопасным методом лечения больных АС.

ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ОГРАНИЧЕНИЯ ПОДВИЖНОСТИ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ С ЭНДОКРИННОЙ АРТРОПАТИЕЙ

Гусейнов Н.И.¹, Гусейнова Н.Н.², Сулейманова Р.Т.²

¹Азербайджанский медицинский университет,

²Центральная больница нефтяников,

Баку, Азербайджанская Республика

Введение. Лечение тугоподвижности суставов-синдром ограничения подвижности суставов (СОПС) является самым частым ревматическим проявлением при Эндокринной Артропатии (ЭА).

Цель. Оценить эффективность и переносимость внутрисуставной кортикостероидной (КС) терапии в комплексном лечении СОПС у больных ЭА.

Материалы и методы. Обследованы 42 больных ЭА (сахарным диабетом (СД) – 20 больных, аутоиммунным тиреоидитом – 20 больных), имеющие СОПС (плечевые суставы и мелкие суставы кистей). Давность заболевания ЭА-от 2 до 8 лет. Давность СОПС от 1-го месяцев до 5 лет. В зависимости от проводимой терапии, больные были разделены на 2 группы (основная и контрольная). Обе группы больные получали нестероидные противовоспалительные, антидиабетические, антитиреоидитные препараты и внутрисуставные КС (Дипроспан-0,5ml) на пораженные суставы. Внутрисуставное введение КС

проводилось 1 раз в неделю (всего 1-3 инъекции). Следует отметить, что до-, и через 24 часа после внутрисуставного введения КС у больных СД определялось уровень сахара в крови. Больные основной группы дополнительно получали полиэнзимный препарат (Phlogenzym-6 таб./сут). Эффективность терапии оценивалась по общепринятым критериям, принятой в ревматологии: боль по ВАШ, амплитуды движений в суставах, эффективность лечения по оценке врача и больного, лабораторными данными (глюкоза, СОЭ, СРБ,ЦИК).

Результаты. В результате проведенной терапии в сравниваемых группах больных было обнаружено недостоверное уменьшение болевого синдрома и увеличение объема движений. Следует отметить, что у 6-больных (СД-4 больных, тиреоидитом-2 больных), основной группы и у 5 из 20 больных контрольной группы не было отмечено существенного клинико-лабораторные улучшения. У этих групп больных срок давности поражения периферических суставов составлял более 5 лет, а клинические симптомы СОПС соответствовали II-III-стадии болезни. А также, у 3 больных СД было обнаружено инсулинозависимая форма. Необходимо отметить, что повышение уровня сахара в крови было отмечено у 2-х больных основной группы и у 7 больных в контрольной группе. Побочные эффекты проводимой терапии у основной группы больных отмечены не были. В то же время, в контрольной группе у 8 больных были отмечены тошнота, головные боли, диспепсические явления, сухость во рту, гипертензия и гипергликемия.

Выводы. Клиническая эффективность комбинированной терапии больных СОПС, страдающих ЭА, в обеих группах больных были одинаковые. Включение в комплексную терапию препарата Phlogenzym способствует уменьшению побочных эффектов КС (тошнота, головные боли, диспепсические явления, сухость во рту, гипертензия и гипергликемия) и улучшает оптимизацию течения патологического процесса.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОЛИЭНЗИМНОЙ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ

Гусейнов Н.И.¹, Гусейнова Н.Н.²

¹Азербайджанский медицинский университет,

²Центральная больница нефтяников,

Баку, Азербайджанская Республика

Резюме. В материале изложены результаты исследования эффективности полиэнзимных препа-

ратов в комплексном лечении больных остеоартритом (ОА). Полиэнзимные препараты способствуют улучшению физической активности, эмоционального состояния, социального функционирования и регрессии суставного синдрома у больных ОА.

Введение. Целью данного исследования явилось определение динамики показателей качества жизни (КЖ) больных остеоартрозом, получавших комплексную терапию, включающую прием полиэнзимного препарата Wobenzym.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 80 больных ОА в возрасте от 40 до 66 лет (средний возраст – 56,05±4,64 года), среди которых преобладали женщины (84,4%). В 85,5% случаев больные страдали полиостеоартритом, 14,5% – двухсторонним гонартрозом. Средняя длительность остеоартрита составила 10,3±3,5 года. Средний показатель рентгенологической стадии ОА по Келлгрону составил 2,0±0,5. При оценке степени функциональной недостаточности суставов (ФНС) по общепринятой методике у 4 (7%) больных с ФНС 0 степени, 36 (60%) с ФНС I степени и 20 (33%) с ФНС II степени. Все больные до начала лечения отмечали наличие боли в периферических суставах, интенсивность которой по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) в среднем составила 6,1±3,5. У 42 пациентов (70%) отмечались явления синовита и периартрита, у 15 больных (25%) – только явления синовита и у 3 (5%) – только явления периартрита. Все больные получали комплексную терапию: включающую прием полиэнзимного препарата Wobenzym (фирма Mucos Pharma, Германия) - 15 таблеток в день, за 40 мин. до еды с 200мл воды, поливитамины и алоэ внутримышечно. Курс лечения продолжался 2 недели.

Результаты. Через 3 недели от начала лечения отмечалось уменьшение болевого синдрома ($p=0,00001$), скованности ($p=0,00003$) и сокращение времени прохождения по прямой линии ($p=0,004$). При оценке КЖ, связанного с общим здоровьем, была обнаружена достоверная положительная динамика показателей шкал «физическое функционирование», «физическая боль», «психологическое здоровье», «ролевое эмоциональное функционирование» и «социальное функционирование» анкеты SF-36 ($p<0,01$); шкал «энергичность», «болевые ощущения», «эмоциональные реакции», «физическая активность» опросника NHP ($p<0,01$). Специальные опросники MCAO3 и KOOS продемонстрировали достоверную положительную динамику показателей всех своих подшкал ($p<0,01$).

Обсуждение. Результаты проведенного исследования показывают, что трехнедельный прием больными ОА Wobenzym (15 таблеток в день), в сочетании с поливитаминами и препаратом, улучша-

ющим периферическое кровообращение, оказывает положительный клинический эффект и улучшает показатели КЖ, прежде всего связанные с суставной болью, о чем свидетельствует достоверная положительная динамика всех подшкал специальных опросников (MCAO3 и KOOS). Отсутствие такой динамики одновременно по всем шкалам двух общих опросников (SF-36, NHP) можно объяснить наличием сопутствующей патологии у данных больных или коротким промежутком времени между опросами. Очевидны уменьшения болевых ощущений у больных, получающих Wobenzym, что приводит к улучшению их физической активности, эмоционального состояния и социального функционирования.

Выводы. Прием Wobenzym (15 таблеток в день) способствует повышению КЖ больных ОА, динамику которого можно оценить с помощью опросников SF-36, NHP, MCAO3 и KOOS.

ЧАСТОТНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ МАРКЕРОВ ВИЧ-1 У ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Давыденко В.С., Иванова А.Р., Останкова Ю.В.
Санкт-Петербургский научно-исследовательский
институт эпидемиологии и микробиологии
имени Пастера,
Санкт-Петербург

Цель исследования. В зависимости от мутаций человеческого и вирусного генотипов, а также влияния сторонних факторов, развитие ВИЧ-инфекции может различаться. В диагностике метод Вестерн-блот используется для постановки итогового диагноза. В свою очередь, данный метод позволяет определить наличие определенных белков вируса. Оценка встречаемости тех или иных маркеров позволит нам глубже понять механизм протекания инфекции, а также вклад определенных белков в ее развитии. В данной работе мы рассмотрим встречаемость белков, входящих в следующие белковые группы: ENV (gp160, gp110/120, gp41), GAG (p55, p40, p24/25, p18/17), POL (p68/66, p52/51, p34/31).

Цель исследования. Оценка частотного распределения маркеров ВИЧ-1 у пациентов с впервые выявленной инфекцией.

Материалы и методы. В работе были использовано 2565 образцов плазмы крови от лиц, для которых требовалось произвести подтверждающий диагноз. Данные образцы обследовали с помощью методов иммуноферментного анализа (ИФА), методом хемилюминесцентного иммуноанализа и мето-

дом Вестерн-блот, согласно инструкции набора, ссылающейся на Консорциум стандартизации серологии ретровирусов (CRSS), которые требуют для вывода о положительном результате наличия реагирования для следующих групп антигенов: IENV+(1GAG или 1POL). В случае отсутствия данных маркеров, но при наличии положительного результата одного из тестов и/или наличия других маркеров результат принимается как неопределенный. В случае отсутствия маркеров одновременно с отрицательными результатами сторонних тестов, образец считается отрицательным. Данные пациентов с результатами тестов, включая наличие маркеров, были систематизированы и загружены в базу данных с использованием программного обеспечения Excel для дальнейшего анализа и статистической обработки.

Результаты. При половозрастном обследовании группы показано незначительное преобладание количества мужчин по сравнению с женщинами – 54,35% и 45,65% соответственно. Среди мужчин положительный результат показан у 72,77%, неопределенный у 11,97%. Среди женщин положительный у 64,1%, сомнительный – 12,5%. Частотные показатели белков ВИЧ-1 для положительных: ENV: gp160 у мужчин и женщин представлен 100% в обеих группах, gp110/120 – 98,99 и 97,55, gp41 – 99,83 и 99,54. GAG: p55 – 80,87 и 85,03, p40 – 71,14 и 75,28, p24/25 – 98,99 и 98,64, p18/17 – 67,95 и 71,42. Группа POL – p68/66 – 91,44 и 93,42, p52/51 – 82,38 и 84,58, p34/31 – 87,19 и 89,79.

Выводы. Значимых различий в ансамбле белков по половому признаку не обнаружено. В тоже время мы видим сниженную частоту выявления белков p40 – изоформы белка GAG, для которого ряд исследователей показывает участие в кинетике роста вируса. Для белков группы POL мы наблюдаем снижение частоты у белка p52/51, который является белком обратной транскриптазы, как p68/66, что может говорить о возможности переключения или же совместного использования описанных белков в процессе обратной транскрипции вируса. Также данный показатель может являться следствием влияния человеческого иммунитета, супрессирующего данный процесс для конкретного белка. Снижение частоты белка p55, входящего в состав гликопротеина Gag/p55, расщепляющего до структурных белков, среди которых присутствуют p18/17, а также белков эндонуклеазы p34/31 может свидетельствовать о преобладании определенной стадии репликации вируса. Необходимо более детальное исследование с использованием молекулярно-генетических методов для оценки мутаций вируса и человека и их влияния на течение инфекции, а также динамические исследования с целью оценки изменений в белковом ансамбле вируса.

КОЖНЫЕ И СУСТАВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПЕРЕКРЕСТНОЙ ФОРМЫ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Деснинова О.В., Старовойтова М.Н.,
Хелковская-Сергеева А.Н., Шаяхметова Р.У.,
Гарзанова Л.А., Овсянникова О.Б., Конева О.А.
Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Под «перекрестными (overlap) системными заболеваниями соединительной ткани» в ревматологии подразумевается сочетание двух и более заболеваний, удовлетворяющих диагностическим критериям у одного пациента. Частота перекрестных форм колеблется от 5 до 20% системных заболеваний соединительной ткани. Чаще встречаются перекрестные формы системной склеродермии (ССД) с полимиозитом/дерматомиозитом (ПМ/ДМ), ревматоидным артритом (РА) и реже с системной красной волчанкой (СКВ).

Цель исследования. Выявить особенности кожных и суставных проявлений перекрестной (overlap) формы ССД.

Материалы и методы. Мы наблюдали 211 пациентов с системной склеродермией (ССД), из них 111 пациентов с ССД overlap-синдромом (ССД-ОС) (11 пациентов с ССД-СКВ; 32 – с ССД-РА; 68 – с ССД-ПМ/ДМ), 94 женщины и 17 мужчин, средний возраст – 43±12,2 лет, средняя длительность заболевания была 6 [2-10] лет. Все пациентам проводилось стандартное клиническое и рентгенологическое обследования.

Результаты. Кожный синдром характерный для ССД отмечался у всех больных ССД-ОС; преобладало лимитированное поражение, особенно в подгруппе ССД-РА (97%). Кожный счет (КС) у больных ССД-ОС был достоверно ниже, чем у пациентов ССД (p<0,05). У 1/3 больных ССД-ПМ/ДМ имелись характерные для ДМ изменения: симптом Готтрона у 13 больных, периорбитальный отек – у 11, эритема в зоне декольте – у 6, симптом «руки механика» – у 15. Все пациенты ССД-СКВ имели кожные проявления СКВ (эритема – у 9 пациентов, алопеция – у 4, фотодерматит – у 8) и поражение слизистых (энантема – у 2 пациентов, язвенный стоматит – у 4, хейлит – у 3). Гиперпигментация варьировала в пределах 34-47%. Отмечалось достоверно частое развитие гиперпигментации у пациентов с диффузным поражением кожи и большим КС (p<0,05). При ССД-ОС достоверно реже наблюдались телеангиэктазии (p=0,04), кальциноз и остеолит (p=0,04), что отличает эту форму от классической лимитированной ССД. Кальциноз

мягких тканей в области плечевого и тазового поясов, крупных суставов, характерных для ПМ/ДМ, имели 6% пациентов ССД-ПМ/ДМ. Выявлена корреляция между длительностью болезни и выявлением телеангиэктазий ($p < 0,05$), развитием кальциноза и остеопороза ($p < 0,05$). Суставные проявления преобладали в группе ССД-ОС по сравнению с ССД ($p < 0,001$). У пациентов ССД-РА достоверно чаще наблюдался эрозивный артрит 2-4 стадии (Shteinbrocker, 1949), чем у больных ССД ($p < 0,001$). Характерным проявлением ССД является поражение периартикулярных тканей с формированием контрактур, преимущественно кистей (84% ССД), что реже встречалось у больных ССД-ОС (73%). Достоверно частое развитие стигматических контрактур у больных с диффузным поражением кожи ($p < 0,05$) и большим кожным счетом ($p < 0,05$). У 6% пациентов ССД-ПМ развились контрактуры крупных суставов (коленных и локтевых).

Вывод. Выявленные особенности клинической картины ССД-ОС позволяют своевременно распознать заболевание и назначить адекватную терапию.

НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС, ОСТЕОПОРОЗ И САРКОПЕНИЯ У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Добровольская О.В., Сорокина А.О., Демин Н.В.,
Феклистов А.Ю., Торопцова Н.В.

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

Цель. Оценить взаимосвязь между нутритивным статусом, остеопорозом (ОП) и саркопенией (СП) у женщин с ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы. В исследование включено 158 женщин в возрасте 40 лет и старше (средний возраст $58,6 \pm 8,8$ лет) с подтвержденным РА (ACR/EULAR, 2010). Всем пациенткам была проведена двуэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия с оценкой минеральной плотности кости (МПК) в поясничном отделе позвоночника (L1-L4), шейке бедра (ШБ), проксимальном отделе бедра (ПОБ) и сканирование по программе «Все тело» для анализа состава тела. Пищевой статус определялся с использованием опросника Mini Nutritional Assessment (MNA), ежедневного потребления кальция с пищей, индекса массы тела (ИМТ) и относительного содержания жировой ткани (%ЖТ). Кроме того, у пациентов был оценен основной обмен (ОО).

Результаты. У 46 (29%) женщин диагностирован ОП, а у 33 (21%) пациенток – СП. Средние

значения показателя MNA, потребления кальция, ИМТ и % ЖТ составили 24,5 [22,5; 26,0], 620 [463; 851] мг, 26,4 [23,5; 30,3] кг/м² и 39 [35; 43] % соответственно. Средний показатель ОО составил 1266 [1188; 1324] ккал. У пациенток с ОП ИМТ и ОО были ниже, чем у женщин без ОП ($p = 0,005$ и $p < 0,0001$ соответственно). ИМТ коррелировал с МПК в ШБ и ПОБ ($r = 0,35$ и $r = 0,37$ соответственно), ОО коррелировал с МПК в L1-L4, ШБ и ПОБ ($r = 0,35$, $r = 0,51$ и $r = 0,47$ соответственно; для всех этих случаев $p < 0,0001$). Не было связи между частотой ОП и показателям МПК с %ЖТ.

У женщин с СП показатель MNA, потребление кальция, ИМТ и ОО были меньше, чем у женщин без СП ($p = 0,015$, $p < 0,0001$, $p = 0,024$ и $p < 0,0001$ соответственно). Установлены значимые корреляции между показателем MNA с аппендикулярной мышечной массой (АММ) ($r = 0,29$, $p = 0,008$), ИМТ с АММ и аппендикулярным мышечным индексом (АМИ) ($r = 0,61$ и $r = 0,74$ соответственно, $p < 0,0001$ в обоих случаях) и величины ОО с АММ/АМИ ($r = 0,92$ и $r = 0,77$ соответственно, $p < 0,0001$ в обоих случаях). Не выявлено корреляций между потреблением кальция и % ЖТ с АММ и АМИ.

Заключение. Пациенты с РА имели худший нутритивный статус и показатели ОО при наличии ОП или СП по сравнению с лицами без осложнений или коморбидной патологии со стороны костно-мышечной системы.

ВИТАМИН D, СИЛА МЫШЦ И ФИЗИЧЕСКАЯ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Добровольская О.В., Сорокина А.О.,
Самаркина Е.Ю., Черкасова М.В.,
Никитинская О.А., Торопцова Н.В.

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

Цель. Оценить взаимосвязь между уровнем витамина D, мышечной силой и физической работоспособностью у пациентов с РА.

Методы. В исследование включено 135 женщин (средний возраст $58,5 \pm 8,9$) с РА, диагностированным в соответствии с критериями ACR/EULAR (2010). Мышечную силу верхних конечностей измеряли с помощью механического динамометра, нижних конечностей – с помощью теста «Встать со стула» – оценивалось время, необходимое для 5-кратного вставания со стула и возвращения в ис-

ходное положение. Критериями низкой мышечной силы являлись сила кистевого хвата не доминантной руки 16 кг и менее или время выполнения теста «Встать со стула» более 15 секунд. Физическая работоспособность оценивалась по скорости ходьбы на 4м и тесту «Встань и иди». Уровень 25 (ОН)D в сыворотке крови определяли иммунохемилюминесцентным методом (Cobas E41, Roche).

Результаты. У обследованных лиц средний уровень составил 23,7 [18,2; 30,7] нг/мл (минимум 7,9 нг/мл; максимум 70,0 нг/мл). Недостаточность и дефицит витамина D были выявлены у 56 (41,5%) и 42 (31,1%) женщин соответственно; средний уровень 25(ОН)D 24,1 [21,8; 26,6] нг/мл и 15,6 [13,6; 17,9] нг/мл, соответственно ($p < 0,001$).

Уровень 25(ОН)D был значимо выше у женщин с нормальными показателями теста «Встать со стула», чем у пациенток с временем выполнения этого теста >15 секунд: 26,7 [20,4; 32,2] нг/мл и 21,0 [17,9; 25,1] нг/мл, соответственно ($p = 0,036$). У пациенток со скоростью ходьбы $>0,8$ м/с медиана 25(ОН)D была 26,1 [19,6; 32,0] нг/мл, а у лиц со скоростью ходьбы $\leq 0,8$ м/с она составила 21,1 [17,0; 26,8] нг/мл ($p = 0,043$). В то же время не выявлено значимых различий уровня витамина D в зависимости от времени выполнения теста «Встань и иди» и силы кистевого хвата.

Заключение. Частота низкого уровня витамина D у женщин с РА составила 72,6%, в том числе дефицит у 31,1% пациенток. Пациентки со сниженной силой нижних конечностей и низкой скоростью ходьбы имели значимо более низкие уровни витамина D; различий в величине 25(ОН)D в зависимости от силы верхних конечностей и времени выполнения теста «Встань и иди» не было.

АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Долиев А.Ё., Назарова К.Х.

Республиканский ревматологический центр
на базе 1-й клиники
Ташкентской медицинской академии,
Ташкент, Республика Узбекистан

Анемия – частое гематологическое нарушение у больных ревматоидным артритом. Она может быть системным внесуставным проявлением хронического воспалительного процесса, либо следствием проводимой терапии. Сопровождается гипоксией тканей, приводит к повреждению органов и систем, ухудшает течение основного процесса и осложняет проведение лечения.

Цель. Выявление частоты анемического синдрома у больных РА и возможные причины его развития.

Материал и методы. В ходе работы было проанализировано 1009 архивных историй пациентов с РА, находившихся на лечении в ревматологическом и кардиоревматологическом отделении 1-й клиники ТМА. Критерием анемии считали снижение уровня гемоглобина ниже 115 г/л для женщин и ниже 120 г/л для мужчин.

Результаты. У 521 (52%) пациента была выявлена анемия различной степени тяжести. Эрозивное поражение органов ЖКТ встречалось у 24% больных РА, у некоторых имелись воспалительные изменения слизистой пищеварительного тракта, что может ухудшать всасывание железа, витамина В12 и также приводить к анемизации. Учитывая высокую частоту возникновения анемии у пациентов с РА, необходимо своевременно проводить ее диагностику и коррекцию. Успешное лечение основного заболевания, обусловившего развитие анемии, как правило, позволяет нормализовать имеющиеся гематологические нарушения. Таким образом, необходима эффективная базисная противовоспалительная терапия РА с целью минимизирования ее угнетающего воздействия на кроветворение.

ВАРИАНТЫ ХРОНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИЕРСИНИОЗА

Домашенко О.Н., Гридасов В.А., Куропятник В.В.,
Хоменко Д.Ю.

Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького,
г. Донецк, ДНР

Цель исследования. Изучить варианты хронического течения иерсиниоза.

Материал и методы. Обследованы 147 больных хронической формой иерсиниоза (мужчин – 65, женщин – 82 в возрасте от 16 до 68 лет). Длительность течения заболевания от 6 месяцев до 9 лет. Диагноз иерсиниоза подтверждался серологической идентификацией при постановке РНГА с эритроцитарными диагностикумами, РА, ИФА, РНИФ, иммуноблотом, ПЦР. Бактериологическое подтверждение на стадии хронического течения заболевания было неинформативным. У обследованных больных с реактивным артритом у 54 (48,6%) методом РНИФ выявлены IgM к *Y. Enterocolitica*, у 57 (51,4%) – IgG. Серовар О:3 определен у 53,2%, О:6 – у 25,2%, О:9 – у 21,6%, при этом у 34,2% больных обнаружены антитела к нескольким антигенам возбудителя – О:3 и О:9; О:3, О:4, О:6 и О:9. У 67 больных диагноз дополнительно верифицирован методом иммуноблотинга (Вестерн-блот).

Результаты и обсуждение. У 111 пациентов развилось поражение опорно-двигательного аппарата, (полиартрит, у 7 – моноартрит), в том числе у 14 – синдром Рейтера. В процесс вовлекались 3-4 сустава, преимущественно голеностопные и лучезапястные, реже – коленные, плечевые, у 9,0% – фаланговые и стопные. У 62,2% больных иерсиниозными артритом отмечены тендосиновиты, у 22,5% – сакроилеит. У 3 (2,7%) пациентов наблюдали трансформацию иерсиниозного артрита в ревматоидный, что было подтверждено иммунологическими тестами. У 6 больных наблюдалась хроническая рецидивирующая крапивница с длительностью от 0,5 до 4-х лет, проявляясь типичными симптомами с разной частотой рецидивов. У всех больных до появления крапивницы в различные сроки (2-10 недель) отмечалась диарея, у 4-х с субфебрильной лихорадкой. У 3-х пациентов неустойчивый стул сохранялся весь период заболевания. Все пациенты жаловались на умеренные артралгии. У 1-го пациента одновременно с появлением экзантемы возникал отек Квинке. Помимо указанных заболеваний наблюдали хронический илеит (22), мезаденит (4), рецидивирующий увеит (2), пиелонефрит (2). Пациентам с поражением желудочно-кишечного тракта нередко помимо хронического колита (11) устанавливался диагноз НЯК (4), болезнь Крона (2), дисбиоз кишечника (9). Исключение аутоиммунных заболеваний кишечника осуществлялось исследованием ANA-скрин, антител к бокаловидным клеткам кишечника методом иммунофлюоресценции, биоптата кишечника. Применение традиционных схем антибиотикотерапии при хронических формах иерсиниоза было достаточно часто неэффективно, однако отказываться от системного назначения антибиотиков с учетом внутриклеточного персистирования возбудителя неверно. Оптимальные дозы антибиотиков и продолжительность курса устанавливали эмпирически. Важно осуществлять комплексное лечение больных хронической формой иерсиниоза, оценивая характер иммунного ответа пациента. При суставных формах, помимо НПВС, назначали глюкокортикостероидные препараты, чаще медрол (метилпреднизолон), со стартовой дозой 16-24 мг/сутки. Снижение дозы ГКС коррелировало с улучшением клинических симптомов.

Выводы. Иерсиниоз характеризуется исключительным многообразием синдромов нередко системного характера, что объясняет актуальность данной проблемы не только для инфекционистов, но и врачей смежных специальностей (ревматологи, терапевты, гастроэнтерологи, хирурги, дерматологи, аллергологи и т.д.). У 3-10% больных заболевание характеризуется формированием хронических форм, при этом многие годы иерсиниозная этиология заболевания остается нераспознанной. Лабораторная диагностика иерсиниоза на стадии хронического течения заболевания

сложна и поэтому применение современных методов исследования представляется актуальным. Знание патогенеза вторично-очаговых форм хронического иерсиниоза, комплексный этиопатогенетический подход к лечению позволили инфекционистам успешно осуществлять терапию данной группы больных.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Дробышева Е.С., Гречкин В.И., Волынкина Е.А.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Цель. Изучить особенности психологического статуса пациентов с ожирением.

Материалы и методы. Проведено комплексное изучение показателей психологического статуса 179 пациентов с ожирением разных степеней (средний ИМТ=33,7±4,1 кг/м²), среди них 65,9% – женщины и 37,4% – мужчины. Средний возраст пациентов 49±9,2 лет. Использовали опрос и анкетирование. Оценка психостатуса у пациентов с ожирением производилась с помощью методик: шкала депрессии Зунга, опросники ситуативной и личностной тревожности Спилберга, Торонтская алекситимическая шкала, опросник отношения к болезни – внутренняя картина болезни, и опросник удовлетворенности браком. Статистическая обработка выполнена с помощью пакета программ Microsoft Excel с применением многомерного корреляционного анализа.

Результаты и обсуждение. Полученные данные свидетельствуют о наличии признаков депрессии, ситуативной и личностной тревожности различной степени выраженности у пациентов с ожирением и нарушением пищевого поведения (соответственно у 77,6%, 97,2% и 73,7%). Признаки депрессии отсутствовали у 22,3% обследованных. Доля маскированной депрессии составила 27,9%, легкой – 36,9%. У 12,8% больных зарегистрированы признаки, характерные для выраженной депрессии. Средний и высокий уровень тревожности по шкале Спилбергера-Ханина имели соответственно 69,8% и 27,4% пациентов. Анализ данных ситуативной реакции индивида или личностного состояния психологического статуса показал, что удельный вес лиц со средним уровнем тревожности составил 62%, с высоким – 11,7%. Низкий уровень показателей по шкалам тревожности имели соответственно лишь 2,8% и 26,3% больных. Состояние алекситимии наблюдалось у 8,2%, у 10,1% выявлена тенденция к данному

состоянию, коррелирующая с длительностью заболевания и степенью ожирения ($P < 0,05$). Обращает на себя внимание низкий уровень гармоничного объективного восприятия болезни – 33,0%, коррелировавший со степенью ожирения ($P < 0,05$). Однако, ни у одного из больных не выявлено анозогностического, эргопатического или паранойяльного типа. Кроме вышеперечисленных для оценки благополучия в супружеских отношениях больным предлагался тест-опросник удовлетворенности браком. По тест-опроснику удовлетворенности браком у 46,8% отмечены признаки неудовлетворенности браком, среди которых у 9,2% выявлена абсолютно неблагоприятная ситуация. Для 28,4% и 9,2% больных были характерны соответственно неблагоприятные и скорее неблагоприятные семейные отношения. В группы пациентов, имеющих абсолютно благополучные, благополучные и скорее благополучные отношения отнесли соответственно 43,1% опрошенных

Выводы. Таким образом, комплексная оценка показателей психологического статуса пациентов с ожирением выявила значительное превышение уровней тревожности и депрессивные нарушения, часто возникающие на фоне неблагоприятия в семейных отношениях. У ряда пациентов имеет место неспособность адекватной оценки собственного психологического состояния, что влечет за собой расстройства пищевого поведения и способствует снижению эффективности медикаментозной коррекции ожирения. Ведение таких больных требует первичной оценки и дальнейшего динамического наблюдения показателей психологического статуса с последующей коррекцией выявленных нарушений, что требует дальнейшего изучения проблемы.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ

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

Цель. Проанализировать результаты суточного мониторирования ЭКГ у пациентов с ИБС на фоне гипотиреоза щитовидной железы.

Материалы и методы. В исследование включили 153 пациента с ишемической болезнью сердца (ИБС), стабильной стенокардией напряжения II-III функционального класса (ФК), давшими письменное информированное согласие на участие. На осно-

вании исследования уровня тиреотропного гормона (ТТГ) (норма 0,3-4,0 мЕд/л) и свободного тироксина (сТ4) (норма 10-25 пмоль/л), у 99 человек выявили субклинический гипотиреоз (СКГ), у 54 человек – эутиреоз. Суточное мониторирование ЭКГ проводили на аппарате «Валента» длительность записи составляла 24 часа. Статистический анализ полученных данных выполнен на персональном компьютере с использованием программы Statgraphics Plus 5.1.

Результаты и обсуждение. В группе пациентов, имевших СКГ, выявлено большее количество эпизодов как болевой, так и безболевой ишемии со снижением сегмента ST ($5,1 \pm 0,12$), по сравнению с лицами с нормальной функцией ЩЖ ($3,8 \pm 0,19$) ($t=9,40$, $p=0,0000$). Кроме того, получены достоверные результаты различий по продолжительности эпизодов болевой и безболевой ишемии со снижением сегмента ST. Так в группе больных с СКГ средняя продолжительность эпизодов болевой и безболевой ишемии со снижением сегмента ST составила $80,5 \pm 0,81$ мин, группе пациентов с эутиреозом – $71,2 \pm 1,07$ мин ($t=3,34$, $p=0,0011$).

Выводы. Дисфункция щитовидной железы, у пациентов с ИБС, стабильной стенокардией напряжения предрасполагает к более тяжелому течению основного заболевания. Результаты суточного мониторирования ЭКГ показывают достоверно ($t=9,40$, $p=0,0000$) более высокое количество эпизодов болевой и безболевой ишемии миокарда с депрессией сегмента ST и количество эпизодов болевой ишемии с длительным снижением сегмента ST, более длительную продолжительность эпизодов болевой и безболевой ишемии со снижением сегмента ST.

АНАЛИЗ КОМПОЗИЦИОННОГО СОСТАВА ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ОЖИРЕНИЕМ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

**Дробышева Е.С., Овсянников Е.С.,
Дробышева В.Р.**
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Цель. Изучить композиционный состав тела у подростков с ожирением и избыточной массой тела

Материалы и методы. Проведено скрининговое обследование 68 молодых людей 20-23 лет, (32 мужчины и 36 женщин), проживающих в городе Воронеже. Проведены следующие методы обследования: антропометрия (рост, вес), рассчитан индекс

массы тела (ИМТ), определен состав тела биоимпедансным методом. Все включенные в исследование дали письменное информационное согласие. Интерпретация ИМТ проводилась согласно рекомендаций ВОЗ и федеральных клинических рекомендаций. Использовали медицинский анализатор жировой массы TINITA для определения количества общей жидкости организма, массы общего и процент висцерального жира, массы мышц и костей, определения физического типа. Интерпретация результатов проводилась по таблицам, предложенным авторами данной методики. Полученные результаты подвергались статистической обработке и отображались графически.

Результаты и обсуждение. 16,1% (11 человек) имели избыточную массу тела, 7,3% (5 человек) – ожирение. У молодых людей с избыточной массой тела и ожирением показатели биоимпедансометрии распределились следующим образом: процентное содержание воды в организме составило 53,1%, процентное содержание жира более 28,4% у женщин и 21,0% у мужчин. Средние показатели костной массы были резко снижены как у мужчин, так и у женщин и составили 3 и 1,5 соответственно. При оценке физического типа у людей без метаболических нарушений определили три основных физических типа: тренированный, нормальный, худой в 43,1%, 31,4%, 25,5% соответственно, при избытке массы тела или ожирении определялись полнота или скрытая полнота (16,6%, 83,4%).

Выводы. У пациентов с нарушениями жирового обмена в 100% выявлены нарушения соотношения воды, жира и костной массы, а именно недостаточное содержание воды (53,1%), избыточное содержание жира (более 21% у мужчин и 28,4% у женщин), недостаток костной массы (менее 3,2 и 2,4). Исследуемые с избытком массы тела или ожирением соответствуют двум физическим типам – полнота или скрытая полнота – 16,6% и 83,4% соответственно.

ОСОБЕННОСТИ ВРЕМЕННЫХ ПАРАМЕТРОВ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ

Дрощенко В.В., Яковлева Е.В.
Белорусский государственный
медицинский университет,
Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Оценить временные параметры вариабельности сердечного ритма (ВСР) у пациентов молодого возраста с хронической болью (ХБ).

Материалы и методы. Для реализации поставленной цели обследовано 11 пациентов с хронической (более 1 года) механической мускулоскелетной болью. Среди обследованных лиц преобладали женщины – 8 (73%), мужчин было 3 (27%). Средний возраст в группе исследования – 30,36±4,43 года.

Пациентов беспокоила ХБ внизу спины, а также в шейном и грудном отделах позвоночника, наиболее сильно проявляющаяся в положении сидя, в котором они проводили значительную (не менее 5 часов в день) часть времени большинство дней в неделю, в том числе и выходные дни.

Анализ ВСР выполнялся с использованием электрокардиографа ЭКЗТЦ-3/6-04 «Аксион» и программы CardioPC на основе 5-минутного мониторинга электрокардиограммы в 2-х положениях: горизонтальном – положение лежа на спине (минимальная боль или отсутствие боли и дискомфорта) и в положении сидя с опорой (наличие боли или более высокий показатель по визуальной аналоговой шкале). Обе позиции являются стандартными и широко используются в исследованиях. Оценивались следующие параметры: SDNN, RMSSD, NN50%. Для статистической обработки использовалась программа STATISTICA 6.0.

Результаты и обсуждение. В научных медицинских изданиях дискутируется вопрос о возможной взаимосвязи между ХБ и повышенным риском развития сердечно-сосудистой патологии. Так в аналитическом обзоре по данной проблеме, проведенном Tracy L. et al., 2016, указано, что у пациентов с хронической мускулоскелетной болью ВСР снижена, однако в большинство анализируемых исследований были включены пациенты в возрасте 40 лет и старше.

В результате проведенного исследования временных показателей ВСР у 8 (73%) пациентов при измерении сидя с опорой показатели SDNN были ниже референсных значений (<50 мс), при этом в положении лежа на спине показатели SDNN были ниже референсных значений только у 2 (18%) обследуемых и встречались достоверно реже ($p < 0,05$). В положении сидя исследуемые показатели ВСР были достоверно ниже, чем в положении лежа: SDNN сидя 47,0±25,3 и лежа 65,2±25,9, $p < 0,05$; RMSSD 43,5±29,1 и 79,1±47,8, $p < 0,05$; PNN50% 17,5±20,5 и 35,8±25,3, $p < 0,05$ соответственно.

Исследования по сравнению ВСР в положении сидя с опорой и лежа на спине немногочисленны и показали противоречивые результаты. Так, в работе Banskota G. et al., 2012, у здоровых лиц не было обнаружено достоверной разницы между показателями ВСР лежа и сидя, а в исследовании Chuangchai W. et al., 2021, – у пожилых пациентов различия в показателях ВСР были обусловлены разницей в частоте

сердечных сокращений (ЧСС). В нашем исследовании достоверной разницы между ЧСС пациентов не выявлено: сидя $76,7 \pm 6,8$ ударов в минуту, лежа $73,7 \pm 9,3$ ударов в минуту.

Выводы. Выявленные изменения ВСР у пациентов молодого возраста с ХБ, свидетельствующие о повышении активности симпатoadреналовой системы в положении максимального дискомфорта, необходимо учитывать при динамическом наблюдении и лечении данной группы лиц.

ОЖИРЕНИЕ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ КАК ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Дыдышко Ю.В., Шепелькевич А.П.,
Ефремова М.А.

Белорусский государственный
медицинский университет,
Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Согласно эпидемиологическим данным ВОЗ, в мире насчитывается более 650 млн человек с ожирением, медико-социальная значимость которого определяется развитием и усугублением инсулинорезистентности с последующим формированием метаболического синдрома, в частности, сахарного диабета (СД) 2 типа. Накопление опыта лечения пациентов с инфекцией COVID-19 продемонстрировало, что ожирение и сахарный диабет являются важными факторами риска, влияющими на клиническую тяжесть воспалительного заболевания. Существуют данные, что СД не увеличивает риск возникновения COVID-19, а усугубляет его течение и может способствовать развитию осложнений из-за нарушения функции β -клеток наряду с цитокиновым штормом и выбросом контринсулярных гормонов. Цель исследования: выявление фенотипических параметров, влияющих на прогноз течения COVID-19 инфекции, посредством анализа данных об особенностях манифестации и течения заболевания у пациентов с эндокринными и метаболическими рисками. Материалы и методы. Основную группу составили 15 пациентов с подтвержденной COVID-19 инфекцией, наличием сахарного диабета 1-го или 2-го типа в анамнезе или повышением гликемии натощак (более $5,5$ ммоль/л в капиллярной крови и $6,1$ ммоль/л в венозной) и/или любой гипергликемии (более $11,1$ ммоль/л). Группу сравнения – пациенты с подтвержденной COVID-19 инфекцией без дисгликемии. Все пациенты имели

тяжелое течение заболевания, требующее перевода в отделение интенсивной терапии и реанимации. Тяжесть течения основного заболевания оценивалась по следующим показателям и критериям: количество дней пребывания в отделении реанимации, уровень ИЛ-6, С-реактивного белка и прокальцитонина, количество лимфоцитов и лейкоцитов.

Результаты и их обсуждение. Основную группу составили 7 (47%) мужчин и 8 (53%) женщин. Выявлено, что в основной группе ИМТ ($31,6$ ($29,0-33,8$) vs. $26,0$ ($24,0-31,0$), $U=60$, $p=0,045$) и количество дней госпитализации ($17,6$ ($14,0-21,1$) vs. $14,4$ ($10,0-18,0$), $U=67$, $p=0,033$) достоверно выше, чем в контрольной группе, что подтверждает избыточную массу тела и ожирение в качестве фактора риска неблагоприятного течения COVID-19. Пациенты с СД имеют низкий процент лимфоцитов ($18,48$ ($19,0-27,0$) vs. $29,0$ ($16,2-37$)%, $U=51$, $p=0,042$) и уровень лейкоцитов ($4,6$ ($3,4-7,9$) vs. $5,9$ ($4,2-9,0$) $\cdot 10^9$ /л, $U=68$, $p=0,035$), повышенный уровень содержания С-реактивного белка ($62,5$ ($27,0-120,0$) vs. $41,0$ ($22,5-50,9$) мг/л, $U=69$, $p=0,045$), прокальцитонина ($0,14$ $0,14$ ($0,1-0,2$) vs. $0,1$ ($0,08-0,11$) нг/мл, $U=65$, $p=0,05$) и ИЛ-6 ($38,4$ ($19,0-70,0$) vs. $15,0$ ($9,0-39,0$) пг/мл, $U=53$, $p=0,04$) по сравнению с пациентами без диабета. В основной группе пациентов гипергликемия впервые была выявлена у 61,1% пациентов что может указывать на COVID-19 как значимый фактор риска манифестации СД.

В настоящее время продолжатся активный набор пациентов и аналитический этап обработки полученных результатов.

Выводы. Пациенты с СД имеют худший прогноз в отношении COVID-19, вследствие комплекса связанных состояний, повышающих риск неблагоприятных исходов.

ОСОБЕННОСТИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ТАКОЦУБО

Евдокимов Д.С., Феоктистова В.С., Болдуева С.А.
Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Синдром такоцубо (СТ) представляет собой форму острой и, в большинстве случаев, обратимой сердечной недостаточности, возникающий на фоне стрессовых событий и протекающий с транзиторной дисфункцией преимущественно левого

желудочка, клинически и электрокардиографически напоминающий острый коронарный синдром. Как правило, СТ подвержены женщины (~90%) в период менопаузы (~80%), возрастной диапазон 60-70 лет. Принимая во внимание очевидную гендерную предрасположенность к СТ, представляется интересным определение влияния гинекологического анамнеза на развитие заболевания.

Цель исследования. Оценка данных гинекологического анамнеза среди женщин с СТ и в контрольной группе, сопоставимой по возрасту.

Материалы и методы. Проведен сбор и анализ данных гинекологического анамнеза у 52 пациенток (средний возраст 65,6±13,6 лет) с СТ, диагностированным на основании международных критериев InterTAK и у 39 женщин контрольной группы (средний возраст 66,9±10,3 лет). Исследуемые группы были сопоставимы по возрасту.

Результаты. среди пациенток с СТ средний возраст менархе составил 13,9±1,3 лет, а в контрольной – 12,8±1,7 лет ($p<0,05$), наступление менархе после 13 лет увеличивало риск развития СТ в 1,8 раз (95% ДИ [1,2-2,6]), однако, достоверных различий по срокам наступления менопаузы выявлено не было (50,2±3,5 и 50,2±2,3 соответственно ($p>0,05$)). Также не получено достоверных различий между анализируемыми группами по количеству беременностей (3,75±2,81 и 3,1±1,86 соответственно), родов (1,5±0,87 и 1,4±0,7 соответственно), аборт (2,04±2,67 и 1,5±1,5 соответственно) и выкидышей (0,19±0,56 и 0,1±0,5 соответственно). Сбор гинекологического анамнеза показал, что не обнаружено достоверных различий в основной и контрольной группах по частоте встречаемости: миомы матки – 34,6% и 23,1% соответственно ($p>0,05$); эндометриоза – 15,4% и 15,4% соответственно ($p>0,05$); сальпингита – 11,5% и 12,8% ($p>0,05$) соответственно; эндометрита – 3,8% и 0% соответственно ($p>0,05$); эрозии шейки матки – 34,6% и 30,8% соответственно ($p>0,05$); урогенитального кандидоза – 36,5% и 20,5% соответственно ($p>0,05$). Киста яичника в анамнезе в основной группе наблюдалась в 42,3% случаев, в контрольной – 7,7%, соответственно ($p<0,05$), ОШ 1,9 (95% ДИ [1,4-2,6]) Выполнение гинекологических хирургических вмешательств в исследуемых группах проводилось с одинаковой частотой – 15,4% и 15,4%, соответственно, ($p>0,05$).

Выводы. по результатам проведенного исследования и однофакторного анализа – при наступлении менархе после 13 лет риск развития СТ увеличивается в 1,8 раз. Кроме того, возникновение заболевания возрастает в 1,9 раз среди женщин, у которых в течение жизни была диагностирована киста яичника.

ОСОБЕННОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ТРОМБЭКТОМИИ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

Емельянова А.Р., Коценко Ю.И.

Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького,
г. Донецк, ДНР

Цель исследования. Оценить эффективность тромболитической терапии (ТЛТ) в острейшем периоде церебрального ишемического инсульта (ЦИИ), сравнить эффективность комбинации с эндоваскулярной тромбэктомией (ЭВТЭ).

Материалы и методы. В анализе использовались данные рандомизированных исследований, представленных в базе публикаций PubMed, Google Scholar, Scopus, NLM.

Результаты и обсуждения. По данным ряда авторов применение Альтеплазы в дозе 0,9 мг/кг в первые 3-4,5 часа развития ЦИИ показало высокую эффективность препарата в виде регресса неврологического дефицита с формированием минимальной инвалидизации по шкале Ренкина (mRS) (0-1 баллов) у 63,3% испытуемых в 90-дневном периоде по сравнению с плацебо (95% ДИ 54,4-71,4), (Huaguang Zheng, Yi Yang et al, 2020). Другие авторы считают, что увеличение «терапевтического окна» до 9 часов при проведении ТЛТ у пациентов с ЦИИ не показало значительного преимущества в сравнении с применением плацебо (1,20; 95% ДИ, 0,63-2,27, $P=0,85$) (Peter Arthur Ringleb 2019). В отсроченном периоде проведения ТЛТ возникло симптоматическое кровотечение в группе с 4,5 до 6 часов у 5,9% пациентов, в группе с 6 до 9 часов у 7,1% пациентов получивших Альтеплазу. (Bruce C V Campbell 2021). В исследовании (2019г.) У обследуемых с ЦИИ неврологический дефицит по mRS на 90 сутки не имел существенных различий между группами, получившими ТЛТ (11,5% пациентов) и плацебо (6,8% пациентов). (Bruce C V Campbell, Henry Ma et al, 2021; Peter Arthur Ringleb et al, 2019).

По результатам исследования использование ЭВТЭ в комбинации с ТЛТ была более эффективна по сравнению с группой без ТЛТ. В группе с применением ТЛТ и ЭВТЭ отмечается увеличение частоты реперфузии (1,22, 95% ДИ: 0,6-2,5, $P=0,580$), с регрессом неврологической симптоматики при более

низкой степени инвалидизации по mRS (0-2 баллов) за 90-дневный период. Применение ТЛТ позволяет достичь достаточную реперфузию с минимальным количеством выполнения повторной ЭВТЭ (2 против 3, $P=0,012$) (Julian M Maingard et al 2019; Pengfei Yang, Yongwei Zhang et al, 2020).

Выводы. Целесообразно применение временных рамок и стандартной дозы тромболитического препарата, что показывает высокую эффективность в 90-дневном периоде. Показана целесообразность комбинирования ТЛТ с ЭВТЭ, при которой происходит увеличения частоты реперфузии с минимальной кратностью выполнения ЭВТЭ и регрессом неврологического дефицита по специализированным шкалам в 90-дневный срок.

ВЛИЯНИЕ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ НА РАЗВИТИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Есинова Е.В., Мавлянова Ш.З.

Специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии, Ташкент, Республика Узбекистан

Атопический дерматит (АД) – это хроническое рецидивирующее, сильно зудящее экзематозное заболевание кожи, которое может сопровождаться другими аллергическими заболеваниями, такими как астма и аллергический ринит. Заболеваемость АД неуклонно растет, с оценочной распространенностью 15% у детей и 1-3% у взрослых. Симптомы могут проявляться уже в младенчестве, которые заметно улучшаются или исчезают до или в подростковом возрасте примерно у 30-50% пациентов. Сохранение АД до зрелого возраста увеличивается, достигая 60%, и демонстрирует более хроническое и рецидивирующее течение, вызывая значительное социальное бремя.

Клинические признаки АД разнообразны и эта неоднородность может быть связана с многофакторным патогенезом заболевания, в который вовлечены дефекты кожного барьера, факторы окружающей среды и иммунологическая дисрегуляция Тлимфоцитов.

В последние годы растет интерес к роли кишечной микробиоты в этиопатогенезе АД. Исследования, проведенные за последние десятилетия, показали, что возможные дисбалансы в составе микробиоты кишечника или взаимоотношения микробиоты с хозяином могут быть причастны к возникновению аллергических заболеваний.

Микробиом кишечника может играть решающую роль в АД, регулируя созревание иммунной системы посредством перекрестного взаимодействия между микробиомом и хозяином, особенно в раннем возрасте.

Изменения в микробиоме кишечника влияют на баланс иммунной системы за счет производства метаболитов, которые могут вызвать воспаление микросреды в присутствии определенного микробиома в кишечнике. Установленный дисбактериоз кишечного микробиома в сочетании с дисбалансом иммунной системы сохраняется в зрелом возрасте и, таким образом, способствует естественному течению заболевания.

Микробиом кишечника был изучен как важный фактор, способствующий иммунологическому пути АД через пробиотики.

Однако восстановление дисбиоза кишечного микробиома можно рассматривать как терапевтическую цель для заболевания с точки зрения гармонизации кишечного пассажа с последующими иммунными ответами. Как независимое воздействие каждого фактора окружающей среды, так и комбинация различных вовлеченных факторов могут формировать иммунную систему, так что она склонна к развитию АД. Следовательно, исследования комбинированного воздействия различных факторов окружающей среды и динамики микробиома кишечника могут быть более полезными для оценки влияния микробиома кишечника на развитие АД.

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ИНСУЛИНА НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МИОКАРДА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Жданкина Н.В.

Нижегородский государственный университет имени Н.И. Лобачевского, г. Нижний Новгород

Цель исследования. Выявить влияние гиперинсулинемии на формирование морфологических и функциональных изменений миокарда левого желудочка у молодых пациентов с абдоминальным ожирением и нормальным артериальным давлением.

Материалы и методы. Обследовано 68 мужчин, страдающих висцеральным типом ожирения первой степени, в возрасте от 18 до 27 лет (средний возраст 24 [20; 26] лет). Наличие и степень выраженности ожирения оценивали по величине индекса массы тела (ИМТ). Для определения типа ожирения

рассчитывали соотношение обхвата талии к обхвату бедер (ОТ/ОБ). Всем пациентам проводилось эхокардиографическое исследование (ЭХОКГ) с определением толщины задней стенки ЛЖ (ТЗСЛЖ) и межжелудочковой перегородки (ТМЖП) в диастолу, конечно-диастолического размера (КДР) ЛЖ, конечно-систолического размера ЛЖ, фракции выброса (ФВ), фракционной сократимости (ФС); рассчитывались масса миокарда ЛЖ (ММЛЖ), индекс ММЛЖ (ИММЛЖ) по отношению к площади поверхности тела, относительная толщина стенки миокарда ЛЖ (ОТСЛЖ). На основе показателей ИММЛЖ, ОТСЛЖ и КДР, в соответствии с классификацией A. Ganau, определяли тип гипертрофии ЛЖ (ГЛЖ). Секрета инсулина у пациентов оценивалась по уровню С-пептида в сыворотке венозной крови. Контрольную группу составили 20 практически здоровых мужчин (возраст 23 [22; 26] лет, ИМТ – 22,3 [20,4; 24,1] кг/м², ОТ/ОБ – 0,8 [0,76; 0,82]). Обследованные контрольной группы были сопоставимы с пациентами из группы с абдоминальным ожирением. Статистическая обработка выполнена с помощью программы «Statistica 6.0» с использованием непараметрических методов.

Результаты и обсуждение. Показатели ЭХОКГ показали, что у пациентов с висцеральным ожирением преобладали нормальные показатели толщины стенок миокарда (45 пациентов, 66±8,6%). Однако, несмотря на нормальное артериальное давление в этой группе больных, в ряде случаев регистрировалась ГЛЖ как изолированная, так и сочетанная: увеличение толщины ЗСЛЖ выявлено у 24±7,8% (16 человек, p=0,02 по сравнению со здоровыми) обследованных: сочетание поражения МЖП и ЗСЛЖ обнаружено в 10±5,5% случаев (7 пациентов). Таким образом, у части больных с абдоминальным ожирением формируется ГЛЖ даже при отсутствии артериальной гипертензии (АГ). Функциональные показатели миокарда соответствовали норме. У всех мужчин контрольной группы толщина стенок миокарда ЛЖ была в пределах нормальных значений. Обращает на себя внимание наличие статистически значимой разницы в ТМЖП (9,5 [9; 10,4] мм и 8,7 [8; 9] мм, p=0,04) и ММЛЖ (228,5 [187,6; 242,1] гр и 105 [93,7; 133] гр, p=1*10⁻⁶) между группой пациентов с висцеральным ожирением и здоровыми. Исследование гормонального профиля выявило статистически значимое (p=0,04) повышение уровня С-пептида у мужчин с ожирением по сравнению с обследованными контрольной группы: 1435 [891; 1914] мкМЕ/мл против 1025 [1021; 1056] мкМЕ/мл. Анализ корреляционной взаимосвязи показателей С-пептида и показателей ЭХОКГ группы с абдоминальным ожирением выявил наличие положительной связи между уровнем инсулина и ТМЖП (p=0,47; p=0,034), а также с показателем ММЛЖ (p=0,49; p=0,012).

Выводы. ГЛЖ выявлена у трети молодых пациентов с абдоминальным ожирением без АГ. Основным типом гипертрофии миокарда у таких пациентов является эксцентрический неделяционный. Гиперинсулинемия, характерная для пациентов с ожирением, является одним из патогенетических факторов формирования гипертрофии ЛЖ даже при отсутствии АГ.

НОВЫЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РОЛАНДИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Зайцев Д.Е.¹, Титов Н.А.¹, Зайцев И.Д.¹,
Гузева О.В.²

¹Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет,
²Государственный медицинский университет,
Санкт-Петербург

Детская эпилепсия с центротемпоральными спайками на электроэнцефалограмме (ЭЭГ), ранее известная как доброкачественная эпилепсия детства с центротемпоральными спайками в ЭЭГ или «роландическая» эпилепсия (РЭ), это самоограниченная (имеющая склонность к самопроизвольному прекращению приступов к определенному возрасту, возрастзависимая) эпилепсия, наблюдаемая у детей в раннем школьном возрасте.

Атипичная эпилепсия детства (АРЭ) с центротемпоральными спайками, ранее известная как синдром псевдо-Леннокса, атипичная доброкачественная парциальная эпилепсия детства или атипичная доброкачественная эпилепсия детства с центротемпоральными спайками, рассматривается в настоящее время как атипичная эволюция детской эпилепсии с центротемпоральными спайками. Этот синдром также самоограниченный, однако характеризуется частыми полиморфными приступами и некоторыми особенностями нарушений в ЭЭГ (нетипичная локализация роландических спайков, большая их представленность).

Дети, страдающие данной формой (в отличие от детей с РЭ), имеют неврологический дефицит той или иной степени выраженности и как правило имеют задержку моторного/психоречевого/психоэмоционального развития. При этом семиология приступов у детей с РЭ и АРЭ схожа. В 2013 году J.R. Lemke et al. (Lemke, J.R. Mutations in GRIN2A cause idiopathic focal epilepsy with rolandic spikes) объединили доброкачественную эпилепсию детства с центротемпоральными спайками, атипичную эпилепсию детства с центротемпоральными спайками на ЭЭГ, синдром Ландау-Клеффнера и эпилептическую энцефалопатию с продолженной пик-волновой активностью в

фазу медленноволнового сна (ESES) в общий спектр, объединенный нарушениями в гене GRIN2A, кодирующим альфа2 субъединицу NMDA рецептора. В последующие годы различные авторы описали другие генетические нарушения, которые могут приводить к роландической/атипичной роландической эпилепсии (GRIN2A, KCNT1, KCNJ11, SCN9A, KCNA2, CHRNA4, GRIN2B, CAMK2A, ADGRV1).

Цель исследования. Уточнить спектр генетических нарушений пациентов детского возраста, страдающих атипичной роландической эпилепсией, наблюдающихся в нашем Центре.

Материал и методы. Изучены данные 26 пациентов детского возраста с РЭ и АРЭ, которым было проведено генетическое исследование (полногеномное, полноэкзомное либо панельное), а также продолженный ЭЭГ мониторинг ночного сна (ЭЭГ регистратор «Энцефалан», Медиком-МТД, Россия).

Результаты. У всех обследованных пациентов при проведении генетического анализа выявлены нарушения в различных локусах. Наиболее часто встречающаяся патология определялась в гене PEX6 (5 пациентов, 19%), отвечающем за фактор сборки пероксисом 6, и не встречавшийся в изученной нами литературе в связи с РЭ/АРЭ. Вторым по частоте геном в изученных нами результатах был ген PАН (3 пациента, 11%), отвечающий за развитие фенилкетонурии (при том, что фенилкетонурия была исключена у всех детей). Генетические нарушения спектра роландической эпилепсии, описываемые в литературе и имеющие доказанную связь с РЭ/АРЭ (GRIN, GRIN1, GRIN2A, KCNJ11 и др.) встречались значительно реже.

Выводы. Полученные нами предварительные результаты позволяют сделать вывод о необходимости дальнейшего изучения генетических факторов, являющихся предикторами развития РЭ/АРЭ, а также обосновывают необходимость проведения полноэкзомных генетических исследований всем детям с заболеваниями спектра роландической эпилепсии.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЛЕЙКОЗАМИ НАСЕЛЕНИЯ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО РЕГИОНА АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Зверева О.Н.

Северный государственный медицинский университет,
г. Архангельск

Цель исследования. Проанализировать данные о первичной заболеваемости лейкозами взрослого населения Вельского района – крупного промышлен-

ного региона Архангельской области. Злокачественные новообразования кроветворной системы занимают в Архангельской области 7-е место в структуре онкологической заболеваемости.

Материалы и методы исследования. Изучена первичная заболеваемость лейкозами взрослого населения Вельского района по данным формы №090/у «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» и по данным областного Канцер-регистра за 30 лет с 1990 по 2019 г. Достоверность диагноза подтверждалась данными анализа медицинских карт стационарного больного ф.№003у и амбулаторных карт ф.№025у, запрошенных в лечебных учреждениях.

Результаты и их обсуждение. За исследуемый период выявлено 102 больных системными заболеваниями крови, из них 57 мужчин (55,9%) и 45 женщин (44,1%). В структуре первичной заболеваемости больные острыми лейкозами (ОЛ) составили 31,5%. Больные с множественной миеломой (ММ) составили 32,2%, с хроническим лимфолейкозом (ХЛЛ) – 25,5%, с хроническим миелолейкозом (ХМЛ) – 10,0%, другими редкими формами лейкозов – 1,2%. Среднегодовой показатель инцидентности ОЛ в Вельском районе составил 2,76 на 100 тыс. населения с резким подъемом в 2004 г. – 9,82 на 100 тыс. населения. При этом уровень заболеваемости ОЛ среди мужчин был достоверно выше (3,82 на 100 тыс. мужского населения), чем среди женщин (2,13 на 100 тыс. женского населения). Среднегодовая первичная заболеваемость различными нозологическими формами хронических лейкозов составляла: ХМЛ – 1,97 на 100 тыс. населения, ХЛЛ – 2,27 на 100 тыс. населения (два пика заболеваемости отмечены в 2011 г. (9,10) и в 2014 г. (9,21 на 100 тыс.) и ММ – 2,97 на 100 тыс. населения, что незначительно превышало аналогичный показатель по области (2,41 на 100 тыс. по области). Однако в 2012 г. показатель заболеваемости ММ резко возрастал и составлял 6,81 на 100 тыс. населения. Среднегодовая заболеваемость ММ среди женщин (2,53) была достоверно выше, чем среди мужчин (1,53). При сравнении заболеваемости лейкозами среди городского и сельского населения района достоверной разницы в показателях не выявлено.

Выводы. Среднегодовой уровень первичной заболеваемости острыми и хроническими лейкозами взрослого населения Вельского района не превышал среднегодовой показатель по области, за исключением незначительного превышения при ММ. За исследуемый период по району отмечается прогрессивный рост уровня первичной заболеваемости лейкозами в динамике.

ГЕМОБЛАСТОЗЫ У НАСЕЛЕНИЯ АГРОПРОМЫШЛЕННОГО РЕГИОНА ЕВРОПЕЙСКОГО СЕВЕРА

Зверева О.Н.

Северный государственный медицинский университет,
г. Архангельск

Цель исследования. Проанализировать данные о первичной заболеваемости гемобластозами взрослого населения Шенкурского района - агропромышленного региона Архангельской области, характеризующегося преобладанием сельского населения над городским более чем в 3 раза.

Материалы и методы исследования. Изучена первичная заболеваемость гемобластозами взрослого населения Шенкурского района по данным формы №090/у «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» и по данным областного Канцер-регистра за 30 лет с 1990 по 2019 г. Достоверность диагноза подтверждалась данными анализа медицинских карт стационарного больного ф.№003у и амбулаторных карт ф.№025у, запрошенных в лечебных учреждениях.

Результаты и их обсуждение. За исследуемый период зарегистрировано 78 больных гемобластозами, из них 38 мужчин (48,7%) и 40 женщин (51,3%). Более половины больных были в возрасте старше 60 лет (55,8%). В структуре первичной заболеваемости преобладали опухоли лимфатической системы (лимфомы) – 28,2% (22 чел.). Больные острыми лейкозами (ОЛ) составили 17,9% (14 чел.), множественной миеломой (ММ) – 12,8% (10 чел.), хроническим лимфолейкозом (ХЛЛ) – 25,6% (20 чел.), хроническим миелолейкозом (ХМЛ) – 11,7% (9 чел.), другими редкими формами лейкозов – 3,8% (3чел.). Среднегодовая первичная заболеваемость гемобластозами за 30 лет составила 12,42 на 100 тыс. населения с тенденцией к постепенному росту. Зафиксировано два пика заболеваемости: в 1991 г. – 22,11 на 100 тыс. населения и в 1994 г. – 31,82 на 100 тыс. Среднегодовая инцидентность ОЛ в Шенкурском районе составила 2,21 на 100 тыс. населения с резким подъемом в 1994 г. – 9,07 на 100 тыс. населения. При этом уровень заболеваемости ОЛ среди мужчин был достоверно выше (3,84 на 100 тыс. мужского населения), чем среди женщин (2,15 на 100 тыс. женского населения). Среднегодовая заболеваемость ХМЛ отмечена на уровне 1,58 на 100 тыс. населения, ХЛЛ – 3,48 на 100 тыс. населения и ММ – 2,58 на 100 тыс. населения. Сравнение показателей инцидентности гемобластозов среди городского и сельского населения выявило уровень 14,29

на 100 тыс. городского населения и 11,38 на 100 тыс. сельского населения. По отдельным нозологическим формам отмечено, что среди городского населения выше первичная заболеваемость при ХЛЛ (5,71 на 100 тыс. городского населения и 2,37 на 100 тыс. сельского населения), при ММ (2,9 против 2,42 соответственно), лимфомах (3,81 против 3,32). В то же время выше первичная заболеваемость сельского населения при ОЛ (2,37 против 1,90) и ХМЛ (1,89 против 0,95).

Выводы. При анализе первичной заболеваемости гемобластозами по агропромышленному региону Европейского Севера обращает на себя внимание высокий уровень заболеваемости лимфопролиферативными системными заболеваниями крови, особенно среди городского населения района.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Зверева О.Н.

Северный государственный медицинский университет,
г. Архангельск

Цель исследования. Изучить первичную заболеваемость множественной миеломой (ММ) городского населения Архангельской области (крупных промышленных центров Европейского Севера – городов Архангельска, Северодвинска и Новодвинска.).

Материалы и методы исследования. Проанализирована первичная заболеваемость множественной миеломой населения городов Архангельска, Северодвинска и Новодвинска по данным формы №090/у «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» и по данным областного Канцер-регистра за 12 лет с 2009 по 2020 г. Достоверность диагноза подтверждалась данными анализа медицинских карт стационарного больного ф.№003у и амбулаторных карт ф.№025у, запрошенных в лечебных учреждениях.

Результаты и их обсуждение. За исследуемый 12-летний период зарегистрировано 336 больных множественной миеломой, из них 156 мужчин (46,4%) и 180 женщин (53,6%). Первичная среднегодовая заболеваемость основными нозологическими формами лейкозов в Архангельской области составила при остром лейкозе (ОЛ) 1,92 на 100 тыс. населения, хроническом миелолейкозе (ХМЛ) – 1,19 на 100 тыс.населения, хроническом лимфолейкозе

(ХЛЛ) – 3,32 на 100 тыс. населения, ММ – 2,41 на 100 тыс. населения. При сравнении показателей по трем крупным промышленным центрам области наиболее высокая первичная заболеваемость ОЛ отмечена в Новодвинске (3,61 на 100 тыс. населения). Инцидентность ХМЛ также была выше в Новодвинске (1,55), а ХЛЛ – в Архангельске (3,96). Первичная заболеваемость ММ оказалась выше в Новодвинске (2,58 на 100 тыс. населения), чем в Архангельске (2,44) и Северодвинске (2,46). 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); ХЛЛ (3,34). При ММ первичная заболеваемость ММ в Архангельске и Северодвинске была незначительно выше, чем среднегодовой показатель по области, а в Новодвинске – на более высоком уровне (2,58 на 100 тыс. населения в Новодвинске против 2,41 на 100 тыс. населения по области).

Выводы. При анализе первичной заболеваемости ММ по крупным промышленным центрам Европейского Севера обращает на себя внимание, что среднегодовой уровень первичной заболеваемости ММ городского населения Архангельской области превышает аналогичные среднегодовые региональные показатели. Уровень первичной заболеваемости ММ по всей области в целом и по крупным промышленным центрам дает рост в динамике за исследуемый 12-летний период.

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ В РАННЕЙ СТАДИИ

Зияева Ф.К., Джураева Э.Р.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Оценка взаимосвязи между выявлением гематологических проявлений системной красной волчанки (СКВ) в ранней стадии заболевания и развитием других синдромов и симптомов заболевания, а также характером и тяжестью повреждения внутренних органов и систем организма в течение последующего пятилетнего периода.

Материал и методы. Проведен анализ данных клинического наблюдения 89 больных СКВ на протяжении пятилетнего периода. Изучались частота клинических проявлений СКВ, содержание антинуклеарных и антифосфолипидных антител, индекс повреждения SLICC/ACR SDI в зависимости от наличия гематологических проявлений СКВ в дебюте за-

болевания: лейкопении (ЛП), тромбоцитопении (ТП) и аутоиммунной гемолитической анемии (АГА).

Результаты и обсуждение. В дебюте СКВ ЛП наблюдалась у 21,3%, ТП – у 26,9%, АГА – у 8,9% больных. Наличие ЛП ассоциировалось с повышением частоты обнаружения антител к SSA, а ТП – с более частым выявлением антител к Ro-52, кардиолипину и бета-2-гликопротеиду ($p < 0,05$). У больных с ТП в дебюте СКВ по сравнению с пациентами без гематологических проявлений было отмечено повышение ($p < 0,05$) кумулятивной частоты развития в течение пятилетнего периода нефрита (83,3 и 42,9%), поражений центральной нервной системы (70,8 и 26,5%), васкулита (45,8 и 10,2%) и эндокардита Либмана–Сакса (20,8 и 6,1% соответственно), что сопровождалось повышением значений индекса повреждения SLICC/ACR SDI (медиана составила соответственно 2,09 [1,82; 2,21] и 1,12 [0,81; 1,32], $p < 0,05$). У больных с ЛП в дебюте СКВ по сравнению с пациентами без гематологических проявлений была повышена ($p < 0,05$) кумулятивная частота развития пневмонита (15,8 и 6,1%) и синдрома Шегрена (15,7 и 2,0% соответственно).

Заключение. Возникновение ТП в дебюте СКВ является предиктором поражения почек, центральной нервной системы, периферических сосудов и клапанного аппарата сердца в течение последующих 5 лет.

ОЦЕНКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ

Зияева Ф.К., Джураева Э.Р.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Введение. Немногочисленность данных об исследовании функции эндотелия при системной красной волчанке (СКВ) и отсутствие сообщений об особенностях сосудистого поражения и связи с клиническими вариантами заболевания делают актуальным углубленное исследование реактивности сосудов как для диагностики поражения сосудистого русла, так и для контроля эффективности дифференцированной терапии больных СКВ.

Цель. Анализ антитромбогенной и вазорегулирующей функции сосудистого эндотелия и выраженности его повреждения у больных (СКВ) при различной активности, длительности заболевания на фоне различной терапии.

Материал и методы. В течение года под наблюдением находились 80 больных СКВ. 42 пациентам проводилась программная пульс-терапия мегадозами глюкокортикостероидов (ГКС) и циклофосфида (ЦФ), 38 пациента получали низкие дозы таблетированных глюкокортикостероидов и (или) аминохинолиновые препараты. Определялось количество циркулирующих эндотелиальных клеток в периферической крови, изучалась его вазоактивная функция при помощи пробы с реактивной гиперемией, с использованием манжеточной пробы определялась антитромбогенная функция эндотелия. Результат. У больных СКВ выявлены повреждение эндотелия, снижение его вазодилатирующей и анти-тромбогенной функций, наиболее выраженные при высокой активности заболевания. Пульс-терапия не ухудшает функцию эндотелия, а, напротив, на фоне ее проведения через 12 мес. наблюдения при снижении активности процесса установлена тенденция к уменьшению повреждения эндотелия и улучшению его вазодилатирующей функции, при сохранении нарушения антикоагуляционной активности.

Заключение. Несмотря на потенциальную опасность воздействия ГКС и ЦФ на эндотелий, необходимо проводить пульс-терапию по показаниям, возможно одновременно назначая эндотелиальные протекторы с действием, направленным на улучшение антикоагулянтной функции эндотелия.

СПОСОБ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Золотухин В.О., Мадькин Ю.Ю., Хороших Н.В.,
Золотухин О.В.

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

Актуальность. Согласно статистическим исследованиям в Российской Федерации, симптомы недержания мочи встречаются примерно у 35% всех женщин, посещавших уролога, однако только около 4% обращаются за медицинской помощью, что связано с различными причинами. Ранняя диагностика данного заболевания позволяет вовремя выявить изменения и нарушения в организме женщины, лежащие в основе развития различных форм недержания мочи, что делает возможным с успехом использовать консервативные и малоинвазивные методы лечения данных нарушений, и ряде случаев отказаться от выполнения сложного оперативного вмешательства.

Цель исследования. Оценка возможности экспресс оценки недержания мочи у женщин с применением тест-системы на основе целлюлозного носителя.

Материалы и методы. Использовалась тест-система, разработанная на базе ВГМУ им Н.Н. Бурденко состоящая из целлюлозного носителя – прокладка женская гигиеническая, модифицированная индикатором бромтимоловым синим (Патент РФ: «Прокладка-индикатор для диагностики заболеваний репродуктивной системы человека» Номер патента: RU 200701 U1 от 6.11.2020 г).

В исследовании приняли участие 50 женщин в возрасте от 25 до 60 лет, средний возраст пациенток составил $38,7 \pm 2,4$ года, не предъявляющие жалобы на заболевания мочеполовой системы. Им было предложено носить предлагаемую тест-систему для определения наличия бессимптомных заболеваний мочеполовой системы.

Анализ эффективности предложенной тест-системы проводили по выявлению изменения цвета индикатора после использования тест системы в течение дня.

Результаты и обсуждения. Положительный результат (изменение окраски прокладки-индикатора) зарегистрирован у 8 женщин (16%).

После проведенного обследования у 7 пациенток (87,5%) было диагностировано стрессовое недержание мочи, при этом у 4 (57,1%) пациенток было диагностировано стрессовое недержание мочи тип 0 по J.G. Blaivas и E.J. McGuire, средний возраст пациенток составил $26,3 \pm 2,1$ года. У 2 пациенток (28,6%) тип 1 по G. Blaivas и E.J. McGuire, средний возраст $33,6 \pm 1,4$ лет. У 1-й (14,3%) пациентки диагностировано недержание мочи тип 2 по G. Blaivas и E.J. McGuire.

У всех пациенток после проведенной консервативной терапии все симптомы недержания мочи полностью регрессировали.

В качестве методики консервативной терапии была применена лазерная терапия с применением эрбиевого лазера, при этом для исчезновения симптомов потребовалось проведения четырех-пяти сеансов лазерной терапии.

Таким образом, предложенная тест система является высокоэффективным методом экспресс диагностики наличия начальных проявлений недержания мочи, основанная на изменении цвета индикатора, находящегося на поверхности тест-системы. При этом для точной диагностики заболевания необходимо использовать ее в течение дня, поскольку для эффективной диагностики необходимо не менее 1 мл выделений.

Выводы. Применение предложенной методики позволяет диагностировать недержание мочи у

женщин всех возрастных групп на ранних стадиях, что позволяет добиться регресса заболевания, без операции, с использованием консервативных методов лечения.

ДИАГНОСТИКА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Золотухин В.О., Аржаных Я.В., Макеева А.В.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Цель исследования. Оценить и проанализировать у больных с крупозной пневмонией степень развития эндогенной интоксикации. Определить оптимальные показатели отражающие полную картину интоксикации и деструктивных изменений в организме.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ обследования 80 больных с долевой формой пневмонии, которые получали лечение в отделении пульмонологии (пациенты с легкой и средней формой пневмонии) и ОРИТ №1 (отделение реанимации и интенсивной терапии номер 1) БУЗ ВО ВОКБ №1 в 2017-2018 годах. Средний возраст составил $35,07 \pm 0,6$. Учитывались данные рентгенологического исследования, общего анализа крови, для оценки степени тяжести эндогенной интоксикации применялось определение СМП и расчет ЛИИ, ЯИИ. В соответствии с показателями эндогенной интоксикации все больные были разделены на 3 группы: I группа – состоит из 25 пациентов с I группой эндогенной интоксикации. В данную категорию вошли люди с тяжелой формой течения внебольничной пневмонии. II группа – состоит из 28 пациентов со II группой эндогенной интоксикации. В данную категорию вошли люди с тяжелой формой заболевания – 15 человек, (53%) и со средней тяжестью течения внебольничной пневмонии – 13 человек (47%). III группа – состоит из 27 пациентов с III группой эндогенной интоксикации. В данную категорию вошли пациенты с легкой формой течения внебольничной пневмонии. Определение лейкоцитарного индекса производилось по формуле Кальфа-Калифа. Согласно исследованиям которого нормальные значения для ЛИИ= $0,07 \pm 0,023$ усл. ед. Ядерный индекс интоксикации был рассчитан по формуле Г.А. Даштаянц, где нормальные значения ЯИИ= $0,07 + 0,01$ усл.ед. Выделения СМП плазмы крови проводилось по скрининговому методу, предложенному В.В. Николаиченко в модификации М.И Габриловича. В норме показатели СМП составили $0,017-0,02$ усл.ед.

Результаты и обсуждения. Результаты полученные по показателям ЛИИ и ЯИИ, были прямо пропорциональны степени вызванной интоксикации: для I степени эндогенной интоксикации показатели ЛИИ и ЯИИ были выше нормативных значений в 6,0 и 8,5 раз соответственно, для II группы превысили нормативные значения в 5,1 и 5,0 раз соответственно. Для III группы превышали контрольные в 1,5 и 1,25 раз соответственно. Из выше перечисленного можно сделать вывод о том, что повышение уровня ЛИИ и ЯИИ у больных с долевой формой пневмонии прямо пропорционально степени эндогенной интоксикации. больных I группы уровень СМП составил $0,094 \pm 0,003$ усл.ед. У Больных II группы данный показатель находился в пределах $0,078 \pm 0,006$ усл.ед. Наименьший показатель был зарегистрирован в III группе и составил $0,04 \pm 0,0013$ усл.ед.

В ходе проведенного исследования было отмечено, что увеличение показателей ЛИИ и ЯИИ у пациентов с различной степенью пневмонии напрямую зависит от тяжести метаболических нарушений и степени интоксикации организма. Увеличение показателей СМП у больных со средней и тяжелой формой свидетельствует о значительной белковой деструкции, что в свою очередь напрямую связано с характером и глубиной патологического процесса.

Для более точного определения уровня интоксикации, которая при этом отражает степень деструкции белковых молекул, следует использовать показатель СМП. Увеличение показателей СМП в первой группе исследования связано не только с увеличенным распадом легочной ткани, но и с высоким уровнем вторичных метаболитов, на фоне накопления медиаторов воспаления.

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод, что увеличение количества СМП, а также уровня ЛИИ ЯИИ достоверно отражает уровень эндогенной интоксикации на фоне патологии дыхательной системы.

СОДЕРЖАНИЕ ВИТАМИНА Д У ПАЦИЕНТОВ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ С ОСТЕОПОРОЗОМ

Иванова Ю.Ю., Бугрова О.В., Щавелева Л.А.
Оренбургский государственный медицинский университет,
г. Оренбург

Цель. Оценить содержание витамина Д у пациентов системной склеродермией с остеопорозом и без него.

Материалы и методы. Обследованы 65 пациентов с ССД в среднем возрасте 51 [39; 61] год: 6 мужчин и 59 женщин, 39 из которых находились в постменопаузальном периоде и 35 относительно здоровых лиц, сопоставимых с пациентами основной группы по возрастным и антропометрическим показателям. Средний индекс активности ССД EScSG (2001) без учета уровня комплемента составил 5 [3,5; 6,5]. Помимо общепринятого обследования для диагностики остеопороза (ОП) была выполнена двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (DXA) в поясничном отделе позвоночника (L1-L4), шейке бедра (ШБ) и проксимальном отделе бедра (ПОБ) с определением минеральной плотности кости (МПК), T- и Z-критерия. Концентрация витамина Д в сыворотке крови определена методом иммунного ферментного анализа (ИФА) с помощью набора DIALsource 25OH Vitamin D Total ELISA. Анализ полученных результатов проводился с использованием статистической обработки в программе StatSoft Statistica 10.

Результаты. При обследовании больных ССД у 46 (71%) пациентов диагностирован остеопороз (ОП), у 11 (17%) – остеопения и лишь у 8 (12%) МПК находилась в пределах нормы. При оценке уровня витамина Д его медиана составила 22,5 [14;34,6] нг/мл, что достоверно ниже, чем в контрольной группе – 35,3 [28,8; 38,7] нг/мл, $p < 0,05$. У обследуемых пациентов со сниженной МПК, включая ОП и остеопению, средний уровень витамина Д составил 22,5 [13,5; 34,6] нг/мл, что сопоставимо с уровнем данного показателя у больных ССД с нормальной МПК – 22,45 [17,7; 41,3] нг/мл. Также не было значимых отличий уровня исследуемого параметра у пациентов ССД с ОП – 29,7 [14; 37,6] нг/мл и без ОП – 19,2 [13; 22,5] нг/мл, $p = 0,09$. Проведенный корреляционный анализ показал, что ожидаемо уровень витамина Д взаимосвязан с индексом массы тела (ИМТ) пациентов ($r = 0,31$, $p < 0,05$). Не отмечено корреляционных взаимосвязей уровня витамина Д и параметров активности ССД. Несмотря на сходные значения витамина Д при наличии и отсутствии ОП у пациентов ССД, отмечена достоверная обратная корреляционная связь витамина Д и T-критерием шейки бедра ($r = -0,25$, $p < 0,05$).

Заключение. У большинства пациентов ССД диагностирован низкий средний уровень витамина Д, снижение МПК и частое развитие остеопороза. Уровень витамина Д при ССД был достоверно ниже контроля вне зависимости от значений МПК. Не отмечалось корреляции содержания витамина Д с основными параметрами активности ССД. Имелась взаимосвязь уровня витамина Д с T-критерием шейки бедра и индексом массы тела пациентов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАКЦИНАЦИИ СОТРУДНИКОВ ИНФЕКЦИОННОГО ДЕТСКОГО СТАЦИОНАРА ПРОТИВ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Иозефович О.В.

Детский научно-клинический центр
инфекционных болезней,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить эффективность вакцинации против новой коронавирусной инфекции среди сотрудников инфекционного детского стационара (работающего вне красной зоны) на основании заболеваемости и тяжести течения новой коронавирусной инфекции

Материалы и методы. Проведен анализ заболеваемости и тяжести течения новой коронавирусной инфекции среди сотрудников ФГБУ ДНКЦИБ за 2020/2021 годы. Всего 532 сотрудников, из них 89 мужчин, 443 женщины, в возрасте от 18 до 92 лет, средний возраст сотрудников составил $45 \pm 14,5$ лет, в возрасте старше 65 лет – 52 сотрудника, 461 человек – медицинский персонал. Оценивался прививочный анамнез, структура и тяжесть течения новой коронавирусной инфекции после вакцинации или после перенесенной инфекции. Сотрудники были привиты следующими вакцинами против новой коронавирусной инфекции: ГамКовид Вак и Спутник Лайт – 491 человека, КовиВак – 21 человек, ЭпиВакКорона – 17 человек, переболели и не были привиты впоследствии – 45 человек.

Результаты и их обсуждение. Перенесли новую коронавирусную инфекцию 274 (51,5%) человека из 532, из них в легкой форме – 181 (66,0%), в средне-тяжелой форме – 83 (30,3%), в тяжелой форме – 10 человек (3,7%). Все сотрудники, перенесшие заболевание в тяжелой форме были старше 45 лет. Не болели новой коронавирусной инфекцией 258 сотрудников (48,5%), как до начала кампании вакцинации, так и после начатой вакцинации в 2020/2021 гг. Выявлено, что заболели новой коронавирусной инфекцией до проведения вакцинации (конец 2020 года/начало 2021 года) – 259 человек (48,7%), из них 45 в последующие 6 месяцев после перенесенной инфекции не привились и не заболели вновь, остальные 214 переболевших были в дальнейшем привиты и не заболели в течение 6 месяцев также. После проведенной вакцинации заболели всего 16 человек (первый эпизод новой коронавирусной инфекции), после ГамКовид Вак и Спутник Лайт – 7 в легкой форме (4 вероятнее всего были привиты в инкуба-

ционном периоде), 2 – в среднетяжелой форме; после вакцины ЭпиВакКорона-2 в легкой форме, 1 – в тяжелой форме; после КовиВака 1 – в легкой форме, 2 – в среднетяжелой форме.

Выводы. Таким образом, после вакцинации заболело новой коронавирусной инфекцией 5,8% (16 из 274 человек). После вакцинации вакцинами ГамКовидВак или Спутник Лайт не отмечалось ни одного тяжелого течения заболевания. В течение 6 месяцев после перенесенного заболевания или проведенной вакцинации в большинстве случаев не отмечалось развитие повторного заболевания, что указывает на эффективность вакцинации, как и естественной иммунизации.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ МУКОРОМИКОЗА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НА ФОНЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ SARS-COV-2 У ПАЦИЕНТА С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Ишанова Д.В., Иванов А.Е.
Тюменский государственный
медицинский университет,
г. Тюмень

Цель исследования. Анализ клинического случая успешного лечения мукоромикоза верхней челюсти на фоне перенесенной инфекции SARS-CoV-2 у пациента с высоким уровнем факторов риска развития заболевания.

Материалы и методы. Анализ клинической истории болезни.

Пациент С. (муж.), житель г.Тюмени проходил лечение в отделении ЧЛХ ОКБ №2 г. Тюмени с 14.09.2021 по 01.11.2021 с диагнозом: Остеонекроз верхней челюсти и стенок верхнечелюстной пазухи справа, прогрессирующее течение. Язвенно-некротический стоматит. Мукоромикоз верхней челюсти справа и стенок правой верхне-челюстной пазухи. Сопутствующие диагнозы: В1 правой почки, состояние после нефрэктомии справа от 2011 года. Сахарный диабет 2 типа, впервые выявленный. С 08.08.2021 по 17.08.2021 получал стационарное лечение в МИГ по поводу SARS-CoV-2, тяжелое течение с двусторонней полисегментарной пневмонией и ОДН; получал системные ГКС.

Жалобы при поступлении: на наличие язв в полости рта, в носу, неприятный запах изо рта, сухость

во рту. Объективно: в ротовой полости на слизистой десны и твердого неба справа определяются язвенные поражения с белесоватым налетом в виде некротизированной ткани, множественные свищевые ходы с гнойным отделяемым. КТ головного мозга от 14.09.2021: дефекты костной ткани с включением пузырьков воздуха передней и латеральной стенок правой в/челюстной пазухи, стенок клиновидной пазухи справа, верхней челюсти справа. Определяется снижение пневматизации решетчатой кости справа, правой верхнечелюстной пазухи, правой клиновидной пазухи за счет содержимого (кровь). При поступлении выполнено иссечение участка некротизированной костной ткани и слизистой. Заключение: Морфологическая картина с учетом ШИК-реакции наиболее вероятна мукорозу. В стационаре установлен диагноз впервые выявленного сахарного диабета. Для лечения с учетом чувствительности микроорганизмов по данным бактериологического исследования раневого содержимого назначались Амоксициллин+Клавулановая кислота, Цефепим. Назначался Амфотерицин В, проводилась дезинтоксикационная, противовоспалительная терапия. Достигнута нормализация углеводного обмена на фоне диетотерапии и введения биосулина. Адекватная дозировка Амфотерицина В не была достигнута из-за повышения уровня азотистых шлаков. Несмотря на комплексную терапию течение заболевания прогрессирующее. 04.10.2021 выполнена остеонекрэктомия правой верхней челюсти, частичная резекция тела правой скуловой кости, этмоидэктомия справа. В послеоперационном периоде продолжалась антибактериальная, противогрибковая, противовоспалительная, симптоматическая терапия. КТ от 22.10.2021: Сохраняются локальные участки разряжения костной ткани остаточной части правой скуловой кости, наблюдается уменьшение признаков утолщения слизистой правой основной пазухи, которая соединена с постоперационной полостью.

Результаты. Пациент выписан 1.11.21 в удовлетворительном состоянии. Локальный статус: острых воспалительных явлений нет. Лабораторные показатели нормализовались.

Выводы. Мукоромикоз является опасной для жизни оппортунистической инфекцией. Пациенты с перенесенным SARS-CoV-2 более восприимчивы к нему из-за ослабленной иммунной системы, сопутствующих заболеваний (сахарный диабет), использования иммуносупрессивной терапии (глюкокортикостероиды) для лечения.

Консервативное лечение мукоромикоза на фоне перенесенной инфекции SARS-CoV-2 является недостаточно эффективным. Оперативное вмешательство позволило полностью устранить поражение костной ткани, слизистых оболочек ротовой и носовой полостей и нормализовать состояние пациента.

О ДИАГНОСТИКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Иштерякова О.А.¹, Пугачева О.А.²,
Шарифуллина Н.Ф.¹, Хайруллина Л.А.¹

¹Казанский государственный
медицинский университет,

²Республиканский центр профпатологии
Городской клинической больницы №12,
г. Казань

Профессиональные заболевания (ПЗ) органов дыхания (ОД) – распространенная профессиональная патология респираторной системы, длительное время занимавшая 2е место в структуре ПЗ в Российской Федерации (РФ) с удельным весом 15-16% в 2017-19 гг. (по данным Роспотребнадзора). В 2020 г. в связи с пандемией COVID-19 на 2м месте в структуре ПЗ в РФ находятся профболезни от воздействия биологических факторов (20,19%), ПЗ ОД с показателем 10,9% – на 4м месте. В Республике Татарстан (РТ) ПЗ респираторной системы занимают 2е ранговое место (18-11%), в 2020 г. общая структура ПЗ не изменилась – ПЗ ОД на 2м месте (11,5%), но возросла доля ПЗ от биологического фактора с 0,5 до 4,5%. Актуальными являются задачи диагностики ПЗ ОД на стадии начальных проявлений и проведение ранней реабилитации больных.

Цель исследования. Изучение структуры ПЗ органов дыхания в РТ и их влияния на трудоспособность работников.

Материалы и методы. Проведено изучение нозологических форм ПЗ ОД по данным центра профпатологии (ЦПП) Татарстана за 2018-2020гг.; статистическая обработка.

Результаты. Изучение данных обследования пациентов в ЦПП, которым в 2018-2020 гг. были диагностированы ПЗ органов дыхания, показало, что наиболее часто в РТ работникам устанавливали связь с профессией патологии бронхиального дерева, в том числе хронический пылевой (наиболее часто), токсико-пылевой и, реже, токсический бронхит и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) профессиональной этиологии, доля которых составила в 2018 г. 43,9% от общего числа ПЗ ОД, в 2019-20 гг. – 53,5 и 52,6%, соответственно. На втором месте по распространенности – ПЗ верхних дыхательных путей: в 2018 г. удельный вес ринофаринголарингита составил 31,7% в структуре ПЗ ОД, 2019 г. и 2020 г. – 28,6 и 31,6%, соответственно. Пневмокониозы (силикоз и другие) диагностировались в 12,2% случаев в 2018 году, в 2019 г. доля пневмокониозов составила 17,9%, в 2020 г. отмечено снижение удельного веса этих ПЗ ОД до 5,2%. Усло-

виями развития ПЗ ОД являются: наличие контакта с различными промышленными аэрозолями (ПА), превышающими предельно-допустимую концентрацию (ПДК), и длительный (более 10 лет) стаж работы. При работе с ПА аллергизирующего действия развивается бронхиальная астма (БА). Связь БА с профессией была установлена в 2018 г. (2,4%) и 2020 гг. (5,2%). В 2018 и 2020 гг. были зарегистрированы единичные случаи профессионального злокачественного новообразования легких, токсического пневмосклероза и хронического гиперпластического ларингита (2-5% в структуре ПЗ ОД).

Удельный вес ПЗ ОД с утратой трудоспособности, когда пациент при установлении связи заболевания с профессией сразу направляется на медико-социальную экспертизу (МСЭ), достаточно высокий. В 2018 г. 78% от общего числа пациентов с впервые установленными ПЗ ОД были направлены на МСЭ, в 2019 г. – 60,7%, 2020 г. – 73,7%, соответственно.

Выводы. Наиболее часто в РТ диагностируется профессиональная патология бронхиального дерева (хронический бронхит, ХОБЛ). Профзаболевания верхних дыхательных путей также широко распространены у работников, имеющих контакт с промышленными аэрозолями и длительный стаж работы. При первичном установлении диагноза профзаболевания респираторной системы значительное число пациентов сразу проходит МСЭ для определения степени утраты профессиональной трудоспособности в связи с наличием признаков дыхательной недостаточности и противопоказаний к работе с промышленными аэрозолями. Учитывая длительный постепенный характер развития ПЗ ОД, необходимо стремиться к ранней диагностике этих профболезней на этапе отсутствия снижения трудоспособности работников.

ИНФЕКЦИЯ КРОВОТОКА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Каргальцева Н.М.¹, Кочеровец В.И.²,
Борисова О.Ю.¹

¹Московский научно-исследовательский институт
эпидемиологии и микробиологии
имени Г.Н. Габричевского,

²Первый Московский государственный медицинский
университет имени И.М. Сеченова,
Москва

В настоящее время инфекция при терапевтических заболеваниях является актуальной проблемой, включая инфекцию кровотока (ИК). Современ-

ный инфекционный эндокардит (ИЭ) течет атипично до 90% случаев, летальность при ИЭ в России остается высокой (20-25%), неблагоприятный исход ИЭ связывают с поздней и неэффективной диагностикой заболевания.

Цель исследования. Осложнения ИК при кардиологических заболеваниях.

Материалы и методы. Объектом исследования служили госпитальные больные кардиологического профиля и внегоспитальные терапевтические пациенты. Предметом исследования являлись пробы цельной крови и лейкоцитарного слоя периферической крови. Применяли микроскопические и бактериологические методы исследования цельной крови и лейкоцитарного слоя пробы крови

Результаты. Для оценки эпизодов ИК у терапевтических госпитальных и внегоспитальных больных обследовано 1230 человек с подтвержденной ИК у 508 (41,3%). ИК чаще характеризовалась бактериальной (98,7%), чем грибковой (1,3%) этиологией ($p < 0,001$). Среди бактериальных представителей преобладали грамположительные возбудители (91,9%). Эпизоды госпитальной инфекции кровотока (ГИК) чаще имели грамотрицательную этиологию (78,4%), а внегоспитальной инфекции кровотока (ВГИК) – грамположительную (36,9%). Эпизоды ИК характеризовались полимикробностью (8,9%) с перевесом при ГИК (60,0%). Грибковую ИК регистрировали больше при ГИК, чем при ВГИК. Среди эпизодов ИК в 77,8% случаев наблюдали осложнения при заболеваниях системы кровообращения. Частота осложнений ИК была различной и зависела от вида заболевания сердечно-сосудистой системы: при ИЭ (47,0%), ревматизме (22,1%), миокардите (14,6%), ишемической болезни сердца (ИБС) (8,7%) и врожденных пороках сердца (ВПС) (7,5%). Эпизоды ИК у данных больных сопровождалась повышенной температурой тела (44,4%) и конкретно: при ИЭ (44,7%), ревматизме (18,9%), миокардите (16,7%), при ИБС (11,4%) и ВПС (8,3%). Также у больных ИК отмечали озноб в 48,9% случаев и наиболее часто: при ИЭ (47,1%), ревматизме (20,8%), миокардите (15,4%), реже – при ИБС (9,2%) и ВПС (7,5%). Эпизоды ГИК чаще регистрировались у мужчин (51,1%), а ВГИК – у женщин (65,6%) ($p < 0,001$). ИК осложняла основное заболевание системы кровообращения у мужчин чаще, чем у женщин (58,5% и 43,0% соответственно; $p < 0,001$). У женщин отмечали эпизоды ИК чаще (в 1,5 раза), чем у мужчин при ревматизме (26,7% и 17,9% соответственно) и миокардите (18,3% и 11,9% соответственно), у мужчин чаще (в 2 раза), чем у жен-

щин – при ИБС (11,2% и 5,8% соответственно). В возрастных группах больных: от 10 до 44 лет ИК осложняла заболевания системы кровообращения в 44,7%, от 45 до 60 лет – в 60,6%, от 61 до 75 лет – в 60,5% случаев. Микроскопический метод расширяет диагностическую информативность ИК, дает возможность обнаружения микроорганизмов, не дающих рост в гемокультурах, включая грибы. Ассоциации бактерий с грибами чаще видели (71,4%), чем одни бактерии в мазках (28,6%) в крови у больных при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

Выводы. Таким образом, ИК в 77,8% случаев является инфекционным осложнением при кардиологических заболеваниях. Диагностику ИК рекомендуется осуществлять микроскопическим и бактериологическим методами при любом заболевании сердечно-сосудистой системы.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2019-2021 ГОДАХ

Кароль Е.В., Попова Н.В., Горских О.Г.
Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Санкт-Петербургу,
Санкт-Петербург

В течение последних лет онкологические заболевания являются серьезной медицинской и социальной проблемой, с учетом роста показателей заболеваемости, инвалидности и смертности взрослого населения как в Российской Федерации, так и в Санкт-Петербурге (СПб).

Цель работы. Изучение динамики распространенности и структуры первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований (ЗНО) в СПб по данным Главного бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) в 2019-2021 гг., исследование структуры инвалидности в зависимости от возраста по классам заболеваний и группам инвалидности.

Материалы и методы. Данные формы государственной статистической отчетности (формы 7-собес) о результатах первичного освидетельствования граждан старше 18 лет в бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) Санкт-Петербурга (СПб). Методы исследования: ретроспективный анализ, сравнительно-сопоставительный синтез.

Результаты и обсуждение. В структуре первичной инвалидности (ПИ) взрослого населения Санкт-Петербурга по классам болезней злокачественные новообразования в 2021 г. вышли на первое ранговое место, при этом их удельный вес в динамике за 3 года вырос с 30,4% до 37%. Интенсивный показатель (ИП) впервые признанных инвалидами (ВПИ) вследствие ЗНО среди взрослого населения Санкт-Петербурга за 2019-2021 гг. снизился с 14,0 до 13,2 на 10 тыс. взрослого населения. ИП первичной инвалидности вследствие ЗНО в трудоспособном возрасте в течение 3 лет стабильно находится на уровне 7,6 на 10 тыс. трудоспособного населения; в пенсионном возрасте за 3 года снизился с 27,0 до 24,5. В структуре ПИ вследствие ЗНО по нозологическим формам удельный вес инвалидности вследствие рака молочной железы в динамике за 3 года снизился с 20 до 18,3%; доля инвалидности вследствие колоректального рака снизилась с 16 до 14,8%; вследствие рака легких с 9 до 7,4%; вследствие рака желудка с 6,4 до 5,4%; Доля инвалидности вследствие рака предстательной железы на стабильном уровне: 7-7,2%; рака шейки матки: 4-4,1%.

В структуре ВПИ вследствие ЗНО в зависимости от групп инвалидности в динамике за 3 года отмечен рост удельного веса инвалидов I группы с 31,9 до 32,5%, II группы с 47,5 до 50,1%, и снижение удельного веса инвалидов III группы с 20,6 до 17,4%. В трудоспособном возрасте вырос удельный вес инвалидов I группы с 28,7 до 29,3%, II группы – с 49,2 до 51,5%; среди инвалидов III группы снизился с 22,1 до 19,2%. В пенсионном возрасте также отмечен рост удельного веса инвалидов I группы с 33,7 до 34,4%, II группы с 46,6 до 49,2%, и снижение удельного веса инвалидов III группы с 19,7 до 16,4%.

Выводы. Удельный вес первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований в Санкт-Петербурге на протяжении последних лет имел тенденцию к росту и с 2020 г. вышел на первое место в структуре первичной инвалидности взрослого населения. Вместе с тем, в период 2019-2021 гг. интенсивные показатели первичной инвалидности вследствие ЗНО несколько снизились как в целом среди взрослого населения, так и в пенсионном возрасте, будучи стабильным в трудоспособном возрасте. В структуре ВПИ вследствие ЗНО ведущее место занимают первичная инвалидность вследствие рака молочной железы, колоректального рака, рака легких, при этом интенсивные показатели по этим нозологическим формам также имеют тенденцию к снижению в течение 3 лет. Среди ВПИ вследствие ЗНО в течение 3 лет преобладают инвалиды I и II групп, с тенденцией к росту их удельного веса.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА В 2021 ГОДУ

**Кароль Е.В., Руданова Ю.В., Дружкова И.С.,
Григорян А.Н., Козловская Е.В., Терентьева М.Н.**
Главное бюро медико-социальной экспертизы
по городу Санкт-Петербургу,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучение распространенности и структуры первичной инвалидности (ПИ) населения Санкт-Петербурга (СПб) по данным Главного бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) в 2021 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 МСЭ Санкт-Петербурга. Методы исследования: анализ, сравнительно-сопоставительный синтез.

Результаты и обсуждение. Инвалидность является одним из важнейших показателей здоровья населения, 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 2021 г. составило 15044 человек со снижением на 21% в течение последних 3 лет. Интенсивный показатель (ИП) ПИ взрослого населения в 2021 г. составил 34 на 10 тысяч взрослого населения, темп убыли в течение 3 лет составил 21%. В трудоспособном возрасте (ТВ) уровень ПИ составил 21,3 и снизился в динамике за 3 года на 23%. Среди ВПИ женщины составили в 2021 г. 49%, мужчины – 51%. Анализ структуры ПИ по возрастным интервалам показал, что ТВ составил 43,3%, в том числе: молодой возраст (женщины и мужчины от 18 до 44 лет) – 15,7%; средняя возрастная группа (женщины 45-54 лет, мужчины 50-59 лет) – 25,6%. Доля граждан пенсионного возраста составила 58,7%. В структуре ПИ взрослого населения в 2021 г. преобладают инвалиды III группы – 40,7%; доля инвалидов II группы составила 39,6%, I группы – 19,7%. ИП I группы инвалидности составил 13,8; II группы – 13,5; III группы – 13,8 (на 10 тыс. взрослого населения).

Анализ структуры ПИ по классам болезней показал, что впервые за многие годы в СПб первое ранговое место заняли злокачественные новообразования

(ЗНО) – их удельный вес составил 37,3%; на втором месте болезни системы кровообращения (БСК) – 33%; а также: заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани – 5,6%; психические расстройства и расстройства поведения – 5,1%; болезни нервной системы – 4,2%; травмы всех локализаций – 1,7%. Структура ПИ вследствие БСК по нозологическим формам следующая: ЦВБ – 44,8%; ИБС – 39,5%; ГБ – 2,0%; прочие БСК составили 13,7%. В структуре ПИ вследствие ЗНО в зависимости от локализации ведущими являются: рак молочной железы – 18,5%; колоректальный рак – 14,0%; рак легких – 7,0%; рак предстательной железы – 7,4%; рак желудка – 5,1%.

Структура ПИ по преимущественным основным видам стойких нарушений функций (СНФ) организма следующая: 40,3% составляют нарушения функций системы крови и иммунной системы; 22,8% – нарушения нейромышечных, скелетных и статодинамических функций; 18% – нарушения функций сердечно-сосудистой системы; 7,4% – нарушения психических функций; 3,0% – нарушения сенсорных функций; 2,9% – нарушения функций пищеварительной системы; 1,3% – нарушения функций эндокринной системы и метаболизма; 6,0% – другие нарушения функций; нарушения, вызывающие необходимость использования кресла-коляски – 10,6%.

Выводы. Анализ показателей ПИ среди взрослых граждан СПб в 2021 г. выявил преобладание лиц мужского пола, пенсионного возраста. В структуре ПИ по классам болезней ведущее место занимают ЗНО и БСК; по СНФ организма – нарушения функций системы крови и иммунной системы, статодинамических функций, функций сердечно-сосудистой системы.

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2017-2021 ГОДАХ

Кароль Е.В.¹, Попова Н.В.¹, Белавина Е.А.^{1,2},
Хомчук М.А.¹, Варламова Н.Н.¹, Петров А.В.¹

¹Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Санкт-Петербургу,

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

В течение нескольких десятилетий болезни системы кровообращения (БСК) устойчиво занимают

одно из ведущих мест 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 БСК в Санкт-Петербурге по данным Главного бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) в 2017-2021 гг., исследование структуры инвалидности в зависимости от возраста по классам заболеваний и группам инвалидности.

Материалы и методы. Данные формы государственной статистической отчетности (формы 7-собес) о результатах первичного освидетельствования граждан старше 18 лет в бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) Санкт-Петербурга (СПб). Методы исследования: ретроспективный анализ, сравнительно-сопоставительный синтез. Рассчитывались показатели уровня первичной инвалидности на 10000 населения и структуры инвалидности, в зависимости от возраста, группы инвалидности, классов болезней.

Результаты и обсуждение. В структуре первичной инвалидности (ПИ) взрослого населения Санкт-Петербурга по классам болезней системы кровообращения (БСК) до 2020 г. занимали первое ранговое место со снижением их удельного веса за 5 лет с 40,2% до 33,3%.

Интенсивный показатель (ИП) впервые признанных инвалидами (ВПИ) вследствие БСК среди взрослого населения Санкт-Петербурга за 2017-2021 гг. снизился с 19,0 до 11,3 на 10 тыс. взрослого населения. Уровень первичной инвалидности вследствие БСК в динамике с 2017 по 2021 гг. снизился как в трудоспособном возрасте: с 10,8 до 5,0; так и в пенсионном возрасте: с 36,5 до 23,6. В структуре ПИ вследствие БСК по нозологическим формам удельный вес инвалидности вследствие ИБС в динамике за 5 лет снизился с 46,6 до 39,5%; доля инвалидности вследствие ЦВБ выросла с 38,0 до 44,8%; инвалидности вследствие гипертонической болезни (ГБ) снизилась с 4,6 до 2,0%.

В структуре ВПИ вследствие БСК в зависимости от групп инвалидности в динамике за 5 лет отмечен рост удельного веса инвалидов I группы с 7,7 до 13,5%, III группы с 53,3 до 58,1%; снижение удельного веса инвалидов II группы с 39,0 до 28,4%. В трудоспособном возрасте также возросли доля инвалидов I группы с 3,1 до 6,6%, III группы с 59,7 до 68,7%; и снижение доли инвалидов II группы с 37,2 до 24,7%. В пенсионном возрасте динамика следующая: рост удельного веса инвалидов I группы с 10,9 до 16,4% и III группы с 49,2 до 53,7%; уменьшение удельного веса инвалидов II группы с 38,3 до 29,9%.

Выводы. Впервые признанные инвалидами вследствие болезней системы кровообращения на протяжении многих лет занимают ведущее место в структуре первичной инвалидности в Санкт-Петербурге. В период 2017-2021 гг. отмечается снижение интенсивных показателей первичной инвалидности вследствие БСК среди взрослого населения города, в том числе в трудоспособном и пенсионном возрасте. В структуре первичной инвалидности вследствие БСК ведущее место занимает ПИ вследствие ИБС и ЦВБ, при этом отмечается рост доли первичной инвалидности вследствие ЦВБ в течение 5 лет. Среди впервые признанных инвалидами вследствие БСК в течение 5 лет преобладают инвалиды II и III групп.

ВЛИЯНИЕ СТАТИНОТЕРАПИИ НА ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ ФИБРОЗ МИОКАРДА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Карпова И.С., Соловей С.П., Козлов И.Д.,
Боровая Т.В.

Республиканский научно-практический центр
«Кардиология»,
Минск, Республика Беларусь

Хроническая ИБС у пожилых лиц сопровождается дегенерацией коллагеновой ткани миокарда с развитием интерстициального фиброза, а также апоптозом – гибелью функционирующих кардиомиоцитов и замещением их фиброзной тканью, что приводит к увеличению пассивной жесткости сердца. Прогрессивное накопление экстрацеллюлярного матрикса и диастолическая дисфункция – важные и основные патофизиологические механизмы патологического ремоделирования сердца и развития сердечной недостаточности. Целью работы явилось изучение динамики интерстициального фиброза миокарда у пожилых пациентов с ишемической болезнью сердца на фоне статинотерапии.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 115 пациентов пожилого возраста с атеросклерозом коронарных артерий с дислипидемией, не принимавших до этого статины. Методом рандомизации они были разделены на 2 группы: 65 человек в I группе (70,5 (67,0; 73,0) лет) в течение последующего года принимали статин (аторвастатин, розувастатин в оптимально подобранных дозах) и 50 лиц во II группе (69,4 (66,0; 72,0) лет) статинотерапию не принимали. Определение

липидограммы в сыворотке венозной крови натошак проводили колориметрическим фотометрическим методом. Тест I проводился при скрининге (включение в исследование), II тест – через 2 месяца (оценка эффективности, безопасности статинотерапии, при необходимости коррекция дозы); III тест – через 1 год наблюдения. Определение объемной фракции интерстициального коллагена (ОФИК) в миокарде осуществлялось с применением методики косвенной оценки с помощью амплитудного анализа основных зубцов электрокардиограммы (ЭКГ) покоя в 12 отведениях и массы миокарда левого желудочка, рассчитанной по формуле, предложенной J. Shirani et al. в результате сопоставления данных прижизненной эндомикардиальной биопсии с данными электрокардиограммы и эхокардиографии. ЭКГ выполнялась с использованием аппарата «Интекард – Сигма» с автоматическим измерением амплитуды зубцов, эхокардиография на аппарате Vivid-9 (GENC, США) исходно и через 12 месяцев терапии статинами. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием методов вариационной статистики с использованием t критерия Стьюдента с помощью пакета программ STATISTICA 7.0.

Результаты и обсуждение. На фоне статинотерапии через год наблюдалось достоверное снижение общего холестерина (ХЛ) ($p=0,001$), ХЛ липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) ($p=0,007$), триглицеридов (ТГ) ($p=0,035$), коэффициента атерогенности ($p=0,04$) и высокочувствительного С-реактивного белка ($p=0,00008$). В контрольной группе, напротив, наблюдалась тенденция к повышению ХЛ, ХЛ ЛПНП, С-РБ и достоверный рост ТГ ($p=0,024$). В обеих группах исследованных пожилых пациентов показатель ОФИК был значительно повышен и исходно не отличался между группами: 32,4 (21,2; 45,4) в I группе и 27,8 (9,6; 39,9) во II группе (в норме составляет 2-6%). Через 12 месяцев наблюдения показатель ОФИК в группе пациентов I группы повысился только на 13,6%, а во II – на 35,6%. В то же время более выраженный интерстициальный фиброз миокарда может определять дальнейшее патологическое ремоделирование миокарда. Во II группе через год произошло снижение суммарной амплитуды зубцов ЭКГ на 12,3% и рост массы миокарда левого желудочка на 7,5%, в то время как в I группе динамики этих показателей не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, регулярная статинотерапия в эффективно подобранных дозах способствует замедлению прогрессирования интерстициального фиброза миокарда и тем самым предупреждению патологического ремоделирования и улучшению прогноза заболевания при ИБС у лиц пожилого возраста.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ МЕЛАТОНИНА ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Карпович О.А., Шишко В.И.
Гродненский государственный
медицинский университет,
г. Гродно, Республика Беларусь

Цель. Оценить уровень мелатонина у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ).

Материал и методы. Обследованы 57 пациентов с ГЭРБ в возрасте от 30 до 60 лет (средний возраст 47,8±лет). Мужчин 43 (74,4%), женщин 14 (25,6%). Всем пациентам выполнялась эзофагогастроуденоскопия. Сформированы исследуемые группы: группа 1 (n=39) – пациенты с неэрозивной ГЭРБ, группа 2 (n=18) – пациенты с эрозивной ГЭРБ. В группу сравнения (ГС) вошли 20 пациентов без ГЭРБ, сопоставимых по полу и возрасту с пациентами основных групп.

Уровень мелатонина оценивали по концентрации его основного метаболита 6-сульфатоксимелатонина (6-СОМ) в суточной моче и отдельно в дневной и ночной ее порциях методом иммуноферментного анализа. Рассчитывался индекс ночь/день, который характеризует суточную ритмику синтеза мелатонина.

Анализ полученных данных выполнялся с помощью статистического пакета Statistica 10.0. Числовые значения величин описывали при помощи медианы и интерквартильного размаха (Me (25; 75)). При анализе данных использовались методы непараметрической статистики. Сравнение количественных показателей между тремя независимыми выборками производилось с использованием критерия Крускала-Уоллиса. Для выявления и оценки тесноты связи между показателями использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r). Для определения диагностической эффективности метода проводился ROC-анализ с последующим построением ROC-кривой. Различия считали достоверными при значениях $p < 0,05$.

Результаты. У пациентов группы 2 в сравнении с пациентами группы 1 отмечалось снижение уровня 6-СОМ в суточной моче 47,16 (30,53; 72,12) vs 83,18 (48,99; 127,34) нг/мл, соответственно; $p=0,0065$) и в дневной ее порции (61,12 (5,62; 74,16) vs 88,31 (69,31; 132,72) нг/мл, соответственно; $p=0,0024$). У пациентов группы

1 отмечалось смещение пика синтеза мелатонина на дневные часы, что выражалось в уменьшении значения индекса ночь/день (38,1 (15,5; 49,4)%) по отношению к пациентам ГС (53,2 (45,9; 70,8)%) и пациентам группы 2 (54,9 (44,8; 61,1)%), $p=0,00018$ и $p=0,0030$, соответственно. Корреляционный анализ выявил наличие обратных связей между степенью эндоскопических изменений слизистой оболочки пищевода и уровнем 6-СОМ в моче: $r=-0,35$, $p=0,008$ в суточной моче и $r=-0,39$, $p=0,003$ в дневной моче.

Пороговое значение 6-СОМ в дневной моче, являющееся диагностическим маркером эрозивного эзофagита, составило 66,36 нг/мл и ниже. Результаты проверки диагностической модели: площадь под кривой 0,83 (95% ДИ: 0,67-0,98), точность классификации 80,0%, чувствительность 74,7%, специфичность 85,4%, $p < 0,01$.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что уровень 6-СОМ в моче ассоциирован с тяжестью повреждения слизистой оболочки пищевода при ГЭРБ. При этом защитное действие оказывает мелатонин, вырабатываемый в дневное время суток. При уровне 6-СОМ в дневной моче 66,36 нг/мл и ниже с высокой прогностической ценностью положительного результата можно заподозрить у пациента с ГЭРБ наличие эрозивного рефлюкс-эзофagита.

ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МУЗЫКОТЕРАПИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Карпцова Е.В.
Университет Реавиз,
Санкт-Петербург

Вопросы эффективности применения различных методов арт-терапии, мультимодальной терапии различными видами искусств и музыкотерапии при различных заболеваниях остаются дискуссионными.

Цель исследования. Представление результатов эффективности музыкотерапии по данным зарубежных и российских клинических исследований.

Материалы и методы исследования. Обзор и анализ иностранных статей и мета-анализов медицинских баз данных (Pub Med, Cochrane database и др.), а также ряда российских статей, по теме эффективности музыкотерапии.

Результаты и обсуждение. Сравнительное исследование 9 статей по теме музыкотерапии при

депрессии (мета-анализ, всего участвовал 421 пациент с симптомами депрессии), причем отбирались только рандомизированные контролируемые и контролируемые клинические исследования. Музыка-терапия показала эффективность в виде снижения уровня тревожности и повышения функционирования у пациентов с депрессией. Применение музыка-терапии при психиатрической патологии (6 статей), в частности при деменции, показало положительный эффект от прослушивания музыки на уровень расслабления и поведение пациентов. Мета-анализ статей эффективности психотерапии с музыкотерапией при шизофрении (18 исследований, 1215 пациентов) показал эффективность музыкотерапии в виде уменьшения негативной симптоматики, улучшения качества жизни, социального функционирования в сравнении с контрольной группой. Музыка-терапия при болезни Альцгеймера – в систематическом обзоре и мета-анализе было проанализировано 38 исследований (1418 пациентов, от 75 до 90 лет), где применялась интерактивная и рецептивная музыкотерапия. У пациентов, получавших рецептивную музыкотерапию (восприятие или прослушивание музыки) было статистически значимое снижение ажитации, тревоги и поведенческих расстройств.

Терапия музыкальным искусством применялась при болевых синдромах, тревожности и нарушениях витальных после операций на грудной клетке (112 пациентов). Применение музыкотерапии в реабилитационном периоде после перенесенного инсульта (музыкальная и ритмическая аудиальная стимуляция, проанализировано 27 исследований). Сочетание психотерапии и музыкотерапии при псориазе (1522 пациента протяженности 18 лет) показало эффективность в отношении основных симптомов заболевания. При лечении посттравматического стрессового расстройства использовались все виды арт-терапии искусством как по отдельности, так и в сочетании друг с другом (экспрессивная полимодальная или интермодальная арт-терапия). Применение музыкотерапии у младших школьников с задержкой психического развития показало эффективность в отношении коррекции агрессивного поведения.

Выводы. По данным проведенного обзора медицинских иностранных статей и ряда российских исследований, можно сделать вывод, что музыкотерапия показала высокую эффективность и активно применяется при различных патологиях. Перспективной изучения данной области является сочетание музыкотерапии с психотерапией, стандартной терапией и формирование мультидисциплинарного подхода к лечению пациентов.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ГЕНОТИПОВ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ВИРУСОМ ВЫСОКОГО ОНКОГЕННОГО РИСКА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Касаткин Е.В.¹, Лялина Л.В.²,
Лысогорская И.В.¹, Тимофеева Н.А.¹,
Антонова Ю.В.¹, Гивировский С.Е.¹

¹Кожно-венерологический диспансер №8,

²Научно-исследовательский институт эпидемиологии
и микробиологии имени Пастера,
Санкт-Петербург

Ведущая роль вирусов папилломы человека (ВПЧ) в этиопатогенезе рака шейки матки (РШМ) и значительная роль в развитии рака вульвы, влагалища, полового члена, предстательной железы, яичка, кожи и других локализаций установлена современными научными исследованиями. Это является основой для разработки и применения вакцин для профилактики папилломавирусной инфекции (ПВИ). Некоторыми исследователями РШМ рассматривается как проявление инфекции, передаваемой половым путем (ИППП).

Цель исследования. Изучение распространенности различных генотипов ВПЧ в группе пациентов кожно-венерологического диспансера для обоснования и разработки мер профилактики ПВИ и ассоциированных с этой инфекцией других заболеваний.

В 2008-2021 гг. на наличие ВПЧ высокого канцерогенного риска (ВКР) обследован 8121 пациент при обращении в СПб ГБУЗ «КВД №8». Использовали наборы, разрешенные к применению в РФ («Генлаб», Москва) для идентификации ВПЧ ВКР (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52 типы – 1 группа пациентов, и 55, 56, 58, 59, 68, 73, 83 типы ВПЧ – 2 группа пациентов). Материал для исследования. Соскоб со слизистой уретры и/или цервикального канала. Среди обследованных были больные венерическими заболеваниями (гонорея, аногенитальные бородавки), другими инфекциями, передаваемыми половым путем, воспалительными заболеваниями нижних отделов мочеполового тракта, а также обследованные с профилактической целью.

Среди обследованных 3897 (48,0%) мужчин и 4224 (52,0%) женщины в возрасте от 13 до 67 лет. Наибольшее количество обследованных – в возраст-

ной группе 20-29 лет (42,1%). ВПЧ ВКР обнаружены у 2050 пациентов, из них 1050 мужчин (51,2%) и 1000 женщин (48,8%). Частота обнаружения ВПЧ в указанных контингентах составила 25,2±5,1%, у мужчин – 26,9±5,3, у женщин – 23,7±7,7%. В группе 20-29 лет выявлена наибольшая частота обнаружения ВПЧ (32,2±11,2%), в возрастных группах 30-39 лет и 40 лет и старше (24,0±8,1% и 21,9±5,1% на 100 обследованных соответственно). Окогенные ВПЧ обнаружены даже у детей в возрасте до 14 лет (только у девочек 0-14 лет) в 3,0±5,2% случаев. Пациенты 1 группы составили 70,7% (1449 человек), среди них 769 мужчин (53,1%) и 680 женщин (46,9%), пациенты 2 группы составили 29,3% (601 человек), среди них 281 мужчина (46,8%) и 320 женщин (53,2%).

Инфицированность онкогенными ВПЧ почти в равной степени мужчин и женщин свидетельствует об одинаковой потенциальной роли лиц обоего пола как источников ПВИ. Вместе с тем, известно, что уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями половых органов у мужчин существенно ниже, чем у женщин. Значение ПВИ инфекции в канцерогенезе у мужчин нуждается в дальнейшем изучении.

Полученные результаты характеризуют высокую интенсивность эпидемического процесса ПВИ среди пациентов дерматовенерологического профиля, которые представляют собой группу высокого риска заражения и распространения этого инфекционного заболевания. Высокая распространенность ПВИ среди контингента репродуктивного возраста может иметь значительные социальные последствия. Все это свидетельствует о необходимости упорядочивания системы скрининга населения на наличие ВПЧ ВКР и регистрации этой инфекции, а также развития системы эпидемиологического надзора и первичной профилактики ПВИ, что в перспективе будет способствовать более раннему выявлению РШМ и, как следствие, снижению заболеваемости РШМ и другими вирус-ассоциированными заболеваниями.

СТРУКТУРА КОМОРБИДНОСТИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Касимова М.Б., Джамалов А.Ш.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Коморбидность является одной из актуальных проблем современной медицины, в том числе ревматологии. В настоящее время широко обсуждаются вопросы влияния коморбидной патологии на клиническое течение основного заболевания, объем и эф-

фективность медикаментозной терапии, ближайший и отдаленный прогноз больных. Сопутствующие заболевания могут появиться до развития ревматоидного артрита (РА), в период обострения или ремиссии, а также могут быть осложнением хронического воспаления или его терапии.

Цель. Изучить характер коморбидности у пациентов с РА.

Материалы и методы. Обследовано 75 больных РА, из них 70 (93,3%) женщин и 5 (6,7%) мужчин в возрасте от 18 до 52 лет (средний возраст 35,4±5,2 лет), средняя продолжительность заболевания 10,3±1,2. У 19 (25,3%) больных установлена I, у 69 (71,9%) – II и у 4 (4,2%) больных – III степень активности РА. У 3 (3,1%) больных выявлена II рентгенологическая стадия, у 60 (62,1%) больных – III, у 25 (26,1%) больных – IV стадии; у 8 (8,3%) больных установлена I функциональный класс, у 77 (80,2%) больных – II и у 11 (11,5%) – III функциональный класс. Всем пациентам были выполнены клинико-лабораторно-инструментальные исследования (такие как общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, острофазовые пробы, проба Нечипоренко, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ внутренних органов, рентгенография грудной клетки, кистей и стоп, при необходимости МРТ и МСКТ) для выявления патологии со стороны других органов и систем. Базисную терапию в виде метотрексата и лефлуномида получали 65 больных, ГКС в виде таблеток 42 больных. Почти все больные получали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС) (95%).

Результаты и обсуждение. Сопутствующие заболевания имели 49 (69,8%) пациентов РА, из них 16 (21,3%) – одно, 20 (26,6%) – два, 13 (17,3%) – три и 3 (4,0%) – четыре. Чаще всего встречались ГЭРБ, гастропатии, симптоматические язвы (26,6%) на фоне приема НПВС, эрозивный гастрит (18,6%), атрофический гастрит (8,0%), язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки (6,6%), гепатит (14,6%), анемия (65,3%), поражение легких (17,3%), поражение почек: нефрит (13,3%), пиелонефрит (62,6%), поражение нервной системы (9,3%), поражение сердечно-сосудистой системы: артериальная гипертензия, ИБС, нарушения ритма и проводимости сердца, приобретенные пороки сердца (49,4%), остеопороз 46 (61,3%) больных. Сахарный диабет выявлен у 9 (12,0%), патология щитовидной железы у (аутоиммунный тиреоидит, тиреотоксикоз, гипотиреоз) у 7 (9,3%) больных. Многие больные (35 больных (46,6%)) принимали различные лекарственные препараты от сопутствующего заболевания. Проведенный анализ терапевтической коморбидности у больных РА показал высокую частоту коморбидной патологии и прогрессирование числа хронических заболеваний с увеличением возраста больных, активности и длительности заболевания.

Выводы. Коморбидные состояния при РА встречаются часто, оказывают влияние на течение и прогноз заболевания. При РА выявлено поражение внутренних органов и систем различного генеза, как проявление основного системного, так и сопутствующего заболеваний. Учитывая, что коморбидность затрудняет постановку диагноза, усугубляет течение и прогноз РА, а также выбор оптимальной лечебной тактики ведение больных требует комплексного исследования и особого подхода при выборе терапии.

РУССКИЙ ПУТЬ ВРАЧЕБНОЙ МЫСЛИ В ТРУДАХ С.П. БОТКИНА

Катюхин В.Н.

Медицинский университет Ревиз,
Медицинский центр «Евромедика»,
Санкт-Петербург

В 1856-1860 годах Боткин находился в заграничной командировке, тесно сотрудничая с европейскими светилами медицины. По возвращении он защитил докторскую диссертацию «О всасывании жира в кишках» и в 1861 году был избран профессором кафедры академической терапевтической клиники Императорской Медико-хирургической Академии. Чтобы оценить значение Боткина, необходимо напомнить, в каком положении находились русские врачи и русская медицина во время его деятельности. Как пишет историк медицины Е.А. Головин, «медицинские кафедры во всех русских университетах были заняты людьми, лучшие из которых не выходили за уровень посредственности. Ученым считали уже того, кому удавалось перевести с иностранного на русский язык или скомпилировать, с грехом пополам, какое-нибудь руководство по лечению болезней. Большинство преподавателей повторяло из года в год одни и те же, раз и навсегда заученные лекции, сообщая подчас сведения, носившие средневековый отпечаток». Научной медицины не было, практическая медицина находилась в руках больничных врачей, которыми преимущественно были немцы, особенно в петербургских больницах. Скорбные листки велись на немецком языке, и были случаи, когда врачи затруднялись объясниться по-русски со своими пациентами. У жителей невольно сложилось убеждение, будто хорошо может лечить только врач нерусского происхождения. Поэтому не только высшее общество, но также купцы и даже зажиточные ремесленники лечились у врачей немцев. Профессор С.П. Боткин начал с преобразований. Он первым в России создал в 1860-1861 годах при своей клинике

экспериментальную лабораторию, широко использовал лабораторные исследования (биохимические, микробиологические); ввел измерение температуры тела термометром, аускультацию, перкуссию, ежедневный осмотр больного. Изучал также вопросы физиологии и патологии организма, искусственно воспроизводил на животных аневризму аорты, нефрит, трофические расстройства кожи с целью раскрыть закономерности их поражения. Вместе с тем он подчеркивал, что клиницист может только до известной степени переносить на человека данные, получаемые в результате опыта на животных. Исследования, проведенные в лаборатории Боткина, положили начало экспериментальной фармакологии, терапии и патологии в русской медицине. Врачебное сообщество увидело, на петербургском горизонте появляется могучая молодая сила, пылкий аналитический ум. Само собой разумеется, что становление такого человека, объявившего войну всякой рутине, многим пришлось не по вкусу. Сергею Петровичу пришлось испытать участь всех новаторов: зависть, раздувание ошибок, несправедливые наветы. Но профессор Боткин с честью отстоял свой врачебный профессионализм. Его имя стало популярным и за стенами академии. Посыпались приглашения к тяжелым больным как врачами, ему сочувствующими, так и враждебно настроенными. В начале 1872 года профессору Боткину поручили лечить Государыню Императрицу, серьезно заболевшую. Свои взгляды по вопросам медицины Сергей Петрович Боткин изложил в трех выпусках «Курса клиники внутренних болезней» и в 35 лекциях, записанных и изданных его учениками. Профессор Боткин был истинным новатором, совершившим переворот в медицинской науке, творцом естественно-исторического и патогенетического методов в диагностике и лечении, поэтому является основоположником отечественной научной клинической медицины. Центральным ядром клинической концепции Боткина является учение о внутренних механизмах разворачивания патологического процесса в организме (учение о патогенезе). Он доказывал, что одна из теорий, так называемая гуморальная теория медицины, с ее учением о расстройстве движения и соотношения «соков» в организме, совершенно не разрешала проблемы патогенеза. Другая же клеточная теория объясняла лишь два частных случая патогенеза: распространение болезненного начала путем непосредственного перехода его с одной клетки на другую и распространение путем переноса его кровью или лимфой. С.П. Боткин противопоставил учению Вирхова об организме как «федерации» клеточных государств, не связанных с деятельностью нервной системы и средой, свое учение об организме как о едином

целом, управляемом нервной системой и существующем в тесной связи с внешней средой. Неврогенная теория патогенеза С.П. Боткина ставит в поле зрения врача не только одни анатомические, но главным образом физиологические или функциональные (через нервную систему) связи организма. Такой подход обязывает врача рассматривать организм в целом, ставить диагностику не только болезни, но и непосредственно «диагностику больного», лечить не только болезни, но и больного в целом. В этом коренное отличие клиники Боткина от клиник гуморальной и целлюлярной школы. Развивая все эти идеи, он создал новое направление в медицине, охарактеризованное И.П. Павловым как направление нервизма. Сергею Петровичу Боткину принадлежит большое число выдающихся открытий в области медицины. Он блестяще разработал диагностику и клинику опущенной и «блуждающей» почки, первым высказал мысль о специфичности строения белка в различных органах. Во время эпидемий холеры в российской столице по его рекомендации были введены жесткие профилактические мероприятия. В клинике инфекций указал, что катаральная желтуха, которую Вирхов трактовал «механической», относится к инфекционным заболеваниям и ее современное наименование пережил автор и стало «болезнью Боткина». Установил также инфекционный характер геморрагической желтухи, описанной А. Вейлем. С.П. Боткин выдвинул своих учеников в петербургские больницы. Именно он открыл доступ в клиники для русских врачей, ранее закрытый или затрудненный до крайности. В результате всех нововведений было принято повсеместно написание историй болезни исключительно на русском языке, обогащенном современными медицинскими терминами и понятиями.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ОСТЕОАРТРИТОМ И МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТЬЮ КОСТНОЙ ТКАНИ

Кашеварова Н.Г.¹, Таскина Е.А.¹, Кусевич Д.А.¹,
Стребкова Е.А.¹, Шарапова Е.П.¹, Демин Н.В.¹,
Глухова С.И.¹, Алексеева Л.И.^{1,2}, Лиля А.М.^{1,2}

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

²Российская медицинская академия непрерывного
профессионального образования,
Москва

Цель. В проспективном исследовании оценить взаимосвязь между остеоартритом (ОА) коленных суставов и минеральной плотностью кости (МПК).

Методы. В проспективное исследование включено 176 женщин в возрасте 35-75 лет, с достоверным диагнозом ОА (АКР) коленных суставов I-III стадии (Kellgren J.-Lawrence J), подписавших информированное согласие. Средний возраст пациентов составил 58,2±9,9 лет (от 38 до 74), длительность заболевания 5 (2-10) лет. Длительность ОА более 5 лет – 54,8%, менее 5 лет – 45,2%. На каждого больного заполнялась индивидуальная карта, включающая в себя антропометрические показатели, данные анамнеза и клинического осмотра, оценку боли в коленных суставах по ВАШ, индексы WOMAC и KOOS. Всем пациенткам проводились стандартная рентгенография коленных суставов, двухэнергетическая рентгеновская денситометрия поясничного отдела позвоночника и шейки бедра. Минеральная плотность костной ткани (МПК) определялась в г/см². Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы Statistica 10.

Результаты. Остеопороз (ОП) и/или остеопения в осевом скелете выявлены у 97 пациентов (55,1%), нормальные значения МПК – у 79 лиц (44,9%). Частота ОП у женщин в постменопаузальном или перименопаузальном периоде составляла: 8,9% в поясничном отделе позвоночника, 5,5% в шейке бедренной кости и 1,7% в проксимальном отделе бедра, остеопения регистрировалась в 35,2%, 43,8% и 20,3% случаев, соответственно. При сравнительном анализе было продемонстрировано, что пациенты со сниженной МПК были старше (62,1±8,1 против 55,9±10,2 лет, p=0,00001), имели меньшую массу тела (28,8±4,8 против 31,0±5,6 кг, p=0,01), меньший объем талии (91,4±12,2 против 99,6±12,8 см, p=0,01), большую медиану длительности менопаузы (15 (10-22) против 8 (5-16) лет, p<0,0001), интенсивности боли в целевом коленном суставе при движении (50 (40-71) против 44 (25-51) мм, p=0,03), более высокие значения суммарного индекса WOMAC (1090 (655-1480) против 685 (400-1070) мм, p=0,13) и его составляющих (скованность – 105 (59-127) против 61 (40-90) мм, p=0,02, функциональная недостаточность – 820 (460-1027) против 520 (289-780) мм, p=0,02) и более низкие показатели индекса KOOS (49 (34-55) против 69 (48-86) баллов, p=0,001). При рентгенографическом исследовании выявлена менее значимое сужение медиальной щели коленного сустава и меньшие остеофиты (ОФ) в медиальных отделах бедренной кости, чем у лиц с нормальной МПК: 2,0 (1,3-4,7) против 4,5 (3,0-6,1) мм, p=0,05 и 3,7 (3,0-4,5) против 2,7 (1,8-3,6) мм, p=0,007, соответственно. Высокие значения МПК в поясничном отделе позвоночника и проксимальном отделе бедра чаще наблюдались при выраженных стадиях ОА. Так, в корреляционном анализе по Спирмену подтверждены ассоциации между стадией ОА и МПК

в поясничном отделе позвоночника ($r=0,24$, $p=0,05$), в шейке бедренной кости ($r=0,18$, $p=0,04$) и общем бедре ($r=0,41$, $p=0,004$). Выявлены положительные корреляции ($p<0,05$) между снижением МПК (ОП и остеопения) и наличием грудного кифоза ($r=0,24$, $p=0,04$), длительностью менопаузы ($r=0,26$, $p=0,001$), возрастом пациента ($r=0,31$, $p<0,0001$), размерами медиальной щели ($r=0,36$, $p=0,01$), ОФ медиального мышелка бедренной кости ($r=0,22$, $p=0,02$), медиального ($r=0,22$, $p=0,02$) и латерального ($r=0,22$, $p=0,02$) мышелков большеберцовой кости (по данным рентгенограмм) и отрицательные взаимосвязи с ИМТ ($r=-0,22$, $p=0,004$), ОТ ($r=-0,30$, $p=0,02$), наличием гипермобильности ($r=-0,24$, $p=0,001$).

Заключение. Продемонстрирована высокая частота пациентов со сниженными показателями МПК (остеопороз и/или остеопения) – 55,1%. При «остеопоротическом» фенотипе наблюдается более тяжелое течение ОА: значимо выше интенсивность боли, значения суммарного индекса WOMAC и его составляющих.

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВАЛЕОЛОГИЧЕСКИХ ТИПОВ ЛИЧНОСТИ СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Кдырбаева Ф.Р.

Центр развития профессиональной квалификации
медицинских работников,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель. Выявить избыточную массу тела и оценить распространенность валеологических типов среди медицинских работников.

Материалы и методы. Проведено исследование 51 человек старше 35 лет среди врачей и медсестер семейных поликлиник. Из них врачи составили 78,5%, медсестра – 21,5%. Из 46 женщин 5 были в возрасте от 35-45 лет, в возрасте 46-55 лет – 25, в возрасте 56-65 – 13, и трое в возрасте от 66-74 лет. Обследование включало общеклинические, лабораторные и антропометрические методы исследования, с расчетом индекса массы тела (ИМТ). Всем исследуемым измеряли АД, рост и вес, определен ИМТ, объем талии и бедер, проведено анкетирование на тему: «Валеологические типы личности».

Результаты. По результатам исследования у мужчин в возрасте от 47-48 лет нормальный вес имели 2 мужчин, избыточный вес имел 1 мужчина. В возрасте от 51 до 60 лет, избыточный вес имели 2 мужчин. Из 5 мужчин, 3 (60%) в возрасте от 47-60 лет имели избыточную массу тела. Из 5 мужчин 3 (60%) имели

повышенное АД и принимают препараты, снижающие давление. Среди женщин в возрасте от 35-45 лет нормальный вес имела лишь 1 женщина, избыточный вес выявлен у 2, ожирение I степени у 1 женщины. В возрасте от 46-55 лет, нормальный вес имели 3 женщины, избыточный вес – 6 женщин, ожирение I степени выявлено у 6 женщин, ожирение II степени у 5 женщин. Среди женщин в возрасте от 56 до 65 лет нормальный вес имели 2 женщины, избыточный вес – 11, ожирение I степени обнаружено у 4 женщин. В возрасте 66-74, избыточный вес имели 2 женщины, ожирение I степени установлено у 1. Всего из 46 обследованных нормальную массу тела имели 13% женщин, у 48% обследованных выявлен избыточный вес. Ожирение I степени установлено у 26% обследованных и ожирение II степени у 13%. Всего в общей группе обследованных избыточный вес установлен в 51% случаев. Выявлена зависимость между возрастом медработников и величиной ИМТ. По данным проведенного анкетирования у обследованных с избыточной массой, были выявлены следующие заболевания: артериальная гипертензия у 75%, остеоартроз у 39,2%, сахарный диабет 2-го типа у 2,2%, ИБС у 10,8%, заболевания желудочно-кишечного тракта у 89%. В возрастной группе 56-65 лет, частота абдоминального ожирения определялась в 2,84 раза выше, чем в возрасте 35-45 лет. Проведение валеологического теста выявило, что у наибольшего числа испытуемых 54,9% установлен саморегулятивный тип, который характеризуется высоким уровнем ответственности за свое здоровье и поведенческой активности, направленной на профилактику заболеваний и поддержание своего здоровья. В 23,5% установлен манипулятивный тип, который проявляется низким уровнем собственной ответственности за свое здоровье, ответственность за плохое здоровье возлагается на врачей, медицину, экологию. Поддерживающий тип, отличающийся пониманием личной ответственности за свое здоровье, но имеющий низкий уровень поведенческой активности в поддержании и сохранении своего здоровья выявлен у 21,6%. Валеологическое тестирование установило преобладание саморегулятивного типа у 54,9% обследованных медицинских работников.

Выводы. Таким образом, медицинские работники старших возрастных групп имели более высокие показатели распространенности избыточной массы тела и ожирения. Проведенное исследование показало, что несмотря на медицинское образование и преобладание саморегулятивного типа личности среди обследованных медицинских работников, им не хватает самодисциплины и осознанности для поддержания своего здоровья в надлежащем состоянии, что диктует необходимо обучения медицинского персонала возможным методам самооздоровления и популяризации валеологии.

МИКРОЭЛЕМЕНТЫ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ У ВЗРОСЛЫХ

Кдырбаева Ф.Р.

Центр развития профессиональной квалификации
медицинских работников,
Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Важная роль микроэлементов в организме человека не вызывает сомнений. Значительное количество исследований посвящено влиянию микроэлементов на обмен веществ, роли их уровня в патогенезе многих заболеваний и роль в поддержании ионного равновесия показали, что, несмотря на то что микроэлементы содержатся в организме человека в чрезвычайно низких концентрациях, они необходимы для большинства обменных процессов и принимают участие во всех физиологических и патологических процессах. Дефицит даже одного из микроэлементов может привести к серьезным последствиям для здоровья.

Цель. Обследовать изменения в организме при различном содержании микроэлементов у респондентов старше 50 лет.

Материалы и методы. Проводилась комплексная оценка определение в волосах концентрации микроэлементов и использование анкет, где изучался анамнез перенесенных заболеваний. Всего было обследовано 60 респондентов. Все участники исследования прошли клиническое обследование. Содержание микроэлементов волосах определяли методом нейтронной активации в Институте ядерной Физики Академии наук Республики Узбекистан.

Результаты и обсуждения. Обследование анамнеза показало, что артериальная гипертензия была выявлена у 69%, ишемическая болезнь сердца у 58%, остеопороз у 60%, сахарный диабет у 30%, заболевание щитовидной железы у 18%, ожирение у 43%, заболевания желудочно-кишечного тракта у 92%, хронический бронхит был диагностирован у 13%, и острые нарушения мозгового кровообращения выявлен у 9% пациентов. Результаты анализов у большей части участников исследования показали снижение следующих микроэлементов: калия, хрома, кобальта. У многих участников наблюдалось снижение уровня йода. При разделении на группы от 45 до 60 и от 60 до 74 лет было выявлено, что Со, Си, К и Ст были снижены более чем у 90% обследованных пациентов.

Вывод. Выявленные изменения уровней микроэлементов показали потенциальную корреляцию выявленного дисбаланса микроэлементов с состоянием здоровья людей. Лечение, направленное на

урегулирование дисбаланса может положительно повлиять на состояние и качество жизни человека.

ОЦЕНКА ОТНОШЕНИЯ ВРАЧЕЙ К ПРОВЕДЕНИЮ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ

Кдырбаева Ф.Р.

Центр развития профессиональной квалификации
медицинских работников,
Ташкент, Республика Узбекистан

На данный момент генетические исследования активно развивается во всем мире и уже стала одним из главных трендов здравоохранения в развитых странах. Однако многие аспекты этой области нуждаются в дальнейших обсуждениях и исследованиях. Отдельного внимания заслуживает вопрос проведения генетического тестирования. Данное исследование позволяет предусмотреть развитие серьезного заболевания не только у взрослого человека, но уже при планировании беременности и в дальнейшем у будущего ребенка. Актуальным вопросом является информированность населения о генетическом исследовании в медицине.

Цель исследования. Оценить осведомленность врачей о генетическом тестировании и отношении к его проведению.

Материалы и методы. Для проведения данного исследования была разработана анкета из 11 вопросов, позволяющая узнать мнение респондентов о персонализированной медицине и оценить отношение к проведению молекулярно-генетического тестирования. В опросе участвовали врачи семейных поликлиник. Исследование проводилось на условиях анонимности. Всего в анкетировании приняли участие 30 врачей (10 мужчин и 20 женщин), в возрасте от 35 до 60 лет.

Результаты и обсуждения. Ответы на вопрос о желании провести себе генетическое тестирование были распределены следующим образом: выразили желание провести генетическое тестирование 14 (46,60%) врачей. Большая часть респондентов – 13 (43,3%) – положительно отнеслась к шансу получить информацию о возможном заболевании, и меньшая – 7 (18%) – проявила интерес к информации о геноме. Опасение узнать о неизлечимом заболевании выразили 21 (70%) врачей. Необходимо отметить что опасения высказывали и женщины, и мужчины одинаково. Отрицали необходимость проведения генетического тестирования 12 (7,8%) врачей (10 [13,3%] мужчин и 15 [5,3%] женщин). При этом 24 (80%) врач

сообщил о том, что не могут позволить себе проведение генетического тестирования по причине нехватки финансовых средств. По результатам опроса выяснилось, что 18 (60%) врачей рассказали бы о своем заболевании близким. Высказали желание обучению и повышению знаний по вопросам генетике 21 (70%) врачей. В основном анкетированные проявляли интерес к проведению генетического тестирования, что говорит об интересе к этой области медицинской науки и необходимости ее развития. Выяснилось, что 85% опрошенных хотели бы знать о предрасположенности к заболеваниям, а 70% при установлении высокого риска заболевания изменили бы образ жизни. Это особенно важно, учитывая недостаточную информированность о здоровом образе жизни, а также низкую престижность и социальную значимость занятий физических упражнений.

Выводы. Таким образом, в ходе проведенного исследования выяснилось, осведомленность врачей о возможных тестированиях в области персонализированной медицины и их отношение к проведению генетического и фармакогенетического исследований. Для повышения информированности необходимо проведение лекций, семинаров по данной тематике.

ОЦЕНКА РОЛИ ВЕНОЗНОЙ ДИСЦИРКУЛЯЦИИ ИЗ ПОЛОСТИ ЧЕРЕПА В ГЕНЕЗЕ МИГРЕНОЗНЫХ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ

Киричук С.В.¹, Иволгин Н.Е.², Гавричкин Л.Е.²

¹Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург,

²Обнинский институт атомной энергетики, г. Обнинск

Актуальность. Необходимость определения роли венозных нарушений в генезе головной боли продиктована незначительным количеством исследований в этой области и недостаточным вниманием к данному вопросу в медицинском сообществе.

Цель. Выявить возможность и целесообразность оценки степени венозной дисциркуляции, а также ее корреляцию у больных с жалобами на мигренозные головные боли.

Материалы и методы. Ультразвуковая доплерография магистральных артерий головы и транскраниальная доплерография (УЗДГ) регулярно применяются врачами-неврологами Обнинского протезно-ортопедического предприятия при лечении патологий, сопровождающихся головными болями.

Результаты. За 2020-2021 гг. 2257 пациентам проведена УЗДГ с оценкой кровотока по позвоночным артериям (ПА), позвоночным венозным сплетениям (ПВС), внутренним яремным венам (ВЯВ), венам Розенталя (ВР). При этом у 297 пациентов при сборе анамнеза отмечались характерные для мигрени жалобы.

При проведении УЗДГ по ПА выявлено:

– у 207 (69,7%) пациентов превышение пульсовой систолической скорости (ПСС) на 20-80% в гомолатеральной стороне головной боли ПА (ирритация ПА);

– у 64 (21,5%) возрастная норма кровотоков по обеим ПА;

– у 26 (8,8%) кровотоков по одной из ПА, соответствующий гипоплазии этой артерии (данные пациенты выведены из оценки корреляции).

При дальнейшем исследовании у 271 человека по ПВС зафиксировано:

– у 187 (69%) наблюдается почти полная корреляция отсутствия сигнала от гомолатеральной ирритативной ПА ПВС с одновременным обнаружением от умеренного до выраженного усиления сигнала от контралатерального ПВС (25-46 см/с при средней норме 10-15 см/с);

– у 84 (31%) значимых отклонений не выявлено.

При исследовании ВЯВ:

– у 212 (78,2%) асимметрия линейной скорости кровотока (ЛСК), из них по гомолатеральной головной боли ВЯВ усиление до 40-70 см/с при ЛСК по контралатеральной ВЯВ 10-30 см/с;

– у 59 (21,8) ЛСК по обеим ВЯВ в рамках возрастной нормы;

– не зафиксировано усиления кровотока по контралатеральной ВЯВ при сохранении нормального ЛСК по гомолатеральной ВЯВ.

Достоверную оценку ЛСК по ВР удалось провести у 234 пациентов:

– у 126 (53,8%) усиление сигнала от гомолатеральной ВР от нормы около 17 см/с до 25-32 см/с;

– у 84 (35,9%) усиление по обеим ВР до 20-31 см/с;

– у 24 (10,3%) без отклонений.

Выводы. Выявлена корреляция между венозной дисциркуляцией из полости черепа и мигренозной симптоматикой.

Установлена сочетанная патология кровотока по ПА и ПВС, связанная с патологией шейного отдела позвоночника.

Доказана целесообразность включения в схему лечения пациентов с мигренью венотоников, а также необходимость дальнейшей оценки их эффективности.

ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК И АНЕМИИ

Кислюк К.А.^{1,2}, Богданов А.Н.^{1,2}, Щербак С.Г.^{1,2}

¹Санкт-Петербургский государственный университет,

²Городская больница №40,

Санкт-Петербург

Введение. Застойные изменения печени при хронической сердечной недостаточности (ХСН) являются одной из причин формирования сердечно-печеночного синдрома с развитием кардиального фиброза печени. Использование шкал индексов фиброза печени в сочетании с эластометрией печени позволяет более достоверно оценить выраженность структурных изменений печени при ХСН.

Цель. Оценить взаимосвязь индексов фиброза (ИФП) BARD, APRI со степенью плотности печени по данным эластометрии у больных ХСН в зависимости от наличия хронической болезни почек (ХБП) и анемии.

Результаты. Расчет степени жесткости печени проведен у 235 больных ХСН в зависимости от наличия ХБП и анемии. Плотность печени оценивалась методом двумерной эластографии и исследованием индексов фиброза (BARD, APRI). Пациенты разделены на 4 группы: 1-я группа – пациенты с ХСН II-IV функционального класса (ФК) без ХБП и анемии (61 человек), 2-я группа – пациенты с ХСН II-IV ФК в сочетании с анемией (гемоглобин <130 г/л у мужчин и <120 г/л у женщин) и ХБП (снижение скорости клубочковой фильтрации – СКФ <60 мл/мин) – 70 человек, 3-я группа – пациенты с ХСН II-IV ФК с анемией без ХБП – 60 человек, 4-я группа – пациенты с ХСН II-IV ФК с ХБП без анемии – 44 человека.

Фиброз печени разной степени по данным эластометрии выявлен у 100% пациентов (235 человек), которые распределились следующим образом: фиброз 1-й степени (F1) выявлен у 99 пациентов (42,1%), F2 у 87 пациентов (37%), F3 у 42 пациента (17,9%), F4 у 7 пациентов (3%).

При исследовании у 153 больных индекс APRI не превышал 0,5, что соответствует низкому риску значительного фиброза печени в группах пациентов с сохранной и промежуточной фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), у 70 пациентов со сниженной ФВ ЛЖ среднее значение индекса составило 0,62, у 7 пациентов была диагностирована высокая

вероятность фиброза. Достоверной связи между повышением индекса APRI и жесткостью печени ($p=0,201$), наличием ХБП (СКФ $p=0,380$) и уровнем креатинина ($p=0,164$) не выявлено.

Риск выраженного фиброза, определяемый по индексу BARD ≥ 2 баллов, диагностирован у 151 (64,2%) пациента. При индексе BARD ≥ 2 имеется ассоциация с плотностью печени ($p=0,012$). Обнаружены ассоциации между высокими баллами BARD и снижением скорости СКФ <60 мл/мин по СКД EPI ($p=0,05$) и MDRD ($p=0,04$) и нарастанием уровня креатинина ($p=0,041$).

Заключение. Диагностика и оценка степени фиброза печени у больных ХСН должна проводиться комплексно, с использованием эластометрии и ИФП. Индекс BARD подтвердил диагностическое значение для оценки ХСН. Кроме того, отмечено увеличение индекса BARD ≥ 2 баллов по мере увеличения степени фиброза по данным эластометрии.

Полученные результаты у пациентов с высоким риском фиброза по шкале BARD у больных ХБП позволяют предположить взаимосвязь данных эластометрии печени и ИФП. Повышение значения ИФП и, следовательно, выраженность фиброза печени нарастает по мере снижения фракции выброса, особенно при сочетании с ХБП. Механизмы развития и прогрессирования сочетанной кардиальной и печеночной дисфункции требуют дальнейшего исследования для разработки алгоритмов диагностики с целью коррекции лечения.

ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕТСКОГО НЕВРОЛОГА

Климович Е.Г.

Бобруйская городская детская больница,

г. Бобруйск, Республика Беларусь

Актуальность. Появление инфекции Covid-19 и распространение его во всем мире поставило перед специалистами здравоохранения новые задачи, связанные с быстрой диагностикой инфекции, оказанием специализированной медицинской помощи, реабилитацией и вторичной профилактикой. У людей коронавирусы могут вызвать целый ряд заболеваний – от легких форм острой респираторной инфекции до тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС). Однако и перенесенная коронавирусная инфекция примерно у двух трети пациентов оставляет после себя фи-

зические и психические последствия. Именно с этими последствиями приходится сталкиваться различным специалистам системы здравоохранения. Постковидный синдром – это неофициальное название состояний, связанных с перенесенной коронавирусной инфекцией и продолжающихся более 12 недель. Они возникают волнообразно или на постоянной основе и не имеют альтернативного диагноза. Несмотря на то, что коронавирусная инфекция у детей и подростков обычно протекает в более легкой форме, чем у взрослых, covid – 19 также может вызвать множество вторичных состояний. Постковидный синдром получил официальный статус болезни и появился в новой редакции Международной классификации болезней 10-го пересмотра, где он обозначен как «post-Covid-19 condition» под кодом U09.9. Симптомы постковидного синдрома могут быть самыми разнообразными: слабость; одышка, неполный вдох, тяжесть за грудиной; головная боль; головокружение; боли в мышцах, суставные боли; потеря обоняния, искажение запаха, вкуса; потеря волос; скачки давления, пульса; нарушение памяти, «туман в голове»; нарушение сна; тревога, панические атаки; продолжительное повышение или понижение температуры тела и т.д. Данные симптомы неспецифичны, поэтому диагноз «постковидный синдром» ставится только пациентам, не имеющим других заболеваний, которые могли бы объяснить появившиеся нарушения.

Цель. Провести сравнительный анализ проявлений постковидного синдрома у детей в возрасте с 15 до 18 лет.

Методы исследования. Обследовано 37 пациентов с диагнозом постковидный синдром в возрасте с 15 до 18 лет с октября по декабрь 2021 года в детской городской поликлинике №1 города Бобруйска с перенесенной коронавирусной инфекцией легкой и средней тяжести. Всем пациентам был проведен неврологический осмотр, в результате которого не было выявлено очаговых неврологических знаков, проведено определение индекса качества сна по Питтсбургскому опроснику и заполнена анкета-опросник по оценке нарушения обоняния и/или вкуса у пациентов с Covid-19. У всех пациентов отсутствовали известные сердечные, респираторные и неврологические заболевания.

Результаты и обсуждения. Из 37 обследуемых подростков: девушек – 31 и юношей – 6 (соответственно 83% и 17%). Основные жалобы распределились следующим порядком: головные боли – 36 человек (97%), головокружения – 27 человек (74%), слабость – 4 человека (10%), неполный вдох – 5 человек (13%); боли в мышцах, суставные боли – 2

человека (5%); гипосмия – 11 человек (29%), anosmia – 2 человека (5%); нарушение сна – 10 человек (27%); тревога – 15 человек (40%).

Выводы. Таким образом, анализ информации, полученной путем осмотра и опроса 37 подростков с диагнозом постковидный синдром, позволил сделать следующие выводы: 1. В абсолютном большинстве из пациентов составляют лица женского пола (83%). 2. Доминирующие жалобы распределились следующим порядком: головные боли – 97% (36 человек); головокружения – 74% (27 человек) и тревога – 40% (15 человек). Данные симптомы носят неспецифический характер. По этой причине рекомендуется принимать во внимание наличие у пациента других заболеваний, проявлением которых могут быть перечисленные выше симптомы.

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ КАК ВАЖНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА В ЭПОХУ COVID-19

Ключева Е.Г., Голдобин В.В., Олимова Ф.З.
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Введение. Церебральный венозный тромбоз (ЦВТ) – является сложно распознаваемой формой цереброваскулярных расстройств, представляющей потенциальную опасность для жизни пациента и требующей своевременного проведения антикоагулянтной терапии. В эпоху пандемии COVID-19 отмечается неуклонный рост ЦВТ (0,5-1% vs 4,2%). При этом летальность у пациентов с ЦВТ на фоне COVID-19 значительно превышает летальность пациентов с ЦВТ без COVID-19 (45,5% vs 15%).

Цель исследования. Изучить клиничко-неврологические особенности ЦВТ для ранней диагностики ЦВТ у пациентов молодого и среднего возраста, перенесших COVID-19.

Материалы и методы. Обследованы 30 пациентов молодого и среднего возраста с ЦВТ, на фоне COVID-19: 22 (73%) женщины, 8 (27%) мужчин. Возраст пациентов составил 40,3±12,2 года. Проведен анализ клиничко-неврологических особенностей ЦВТ, результатов лабораторно-инструментальных и нейровизуализационных методов диагностики.

Результаты и обсуждения. Диагноз COVID-19 был установлен на основании выявления РНК SARS-CoV-2 в образцах биоматериала из рото-, носоглотки,

МСКТ грудной клетки и исследования уровня антител к COVID-19. Характерные для COVID-19 симптомы: лихорадка, миалгия, одышка, кашель, гипо- или аносемия отмечались у всех больных. Интервал между клиническими проявлениями COVID-19 и развитием ЦВТ варьировал от 7 дней до 25 дней. Первым симптомом ЦВТ у большинства пациентов была диффузная головная боль. Громоподобная головная боль преимущественно отмечалась у пациентов с геморрагическим инсультом, осложнившим течение ЦВТ. Острое нарушение мозгового кровообращения развилось на фоне ЦВТ у 12 пациентов (у 7 – ишемический инсульт, у 5 – геморрагический инсульт), в остальных случаях течение ЦВТ было подострым.

Выводы. Диагностика ЦВТ в эпоху пандемии COVID-19 представляет особую сложность, так как наиболее распространенный симптом ЦВТ – головная боль (90%), может расцениваться как проявления COVID-19. При этом своевременная диагностика ЦВТ и немедленное начало антикоагулянтной терапии ассоциированы с относительно благоприятным прогнозом.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕРОСОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПАПУЛО-ПУСТУЛЕЗНОЙ ФОРМОЙ АКНЕ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Ключарева С.В., Белова Е.А., Заводько Е.А.,
Нечаева О.С., Гусева С.Н.

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

Цель исследования. Оценка клинической эффективности серосодержащих препаратов у пациентов с папуло-пустулезной формой акне средней степени тяжести.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 58 пациентов с папуло-пустулезной формой акне средней степени тяжести, из них 18 (31,1%) мужчин и 40 (68,9%) женщин в возрасте от 15 до 22 лет (Me: 18,1±2,5 лет), продолжительность заболевания составила от 4 месяцев до 2 лет. У всех пациентов высыпания локализовались на коже лица, клинически представлены папулами и пустулами, множественными комедонами и повышенной сальностью кожи. Все больные случайным образом были разделены на две группы. Пациентам основной группы (n=30) назначался наружно гель «Делекс-акне» 2 раза в день тонким слоем на

всю поверхность лица и гель Форте локально на папулы и пустулы в течение 8 недель. Пациенты группы сравнения (n=28) получали наружную терапию гелем с азелаиновой кислотой 15% также в течение 8 недель. Оценка терапии проводили два раза: через 4 и 8 недель с момента начала лечения. Оценивалась эффективность и переносимость терапии, а также сроки наступления клинического выздоровления.

Результаты и обсуждение. У всех больных были изучены средние показатели количества воспалительных элементов и комедонов, а также выраженность себореи. Среди пациентов основной группы (n=30), где наружно назначался гель «Делекс-акне» на всю поверхность кожи лица и гель Форте локально на высыпания, был выявлен значительный положительный эффект от проводимой терапии. Уже через 4 недели было отмечено снижение количества папул на 21,1%, а пустул на 30,3%, через 8 недель уменьшение количества папул на 70% и пустул на 81,8%. У пациентов группы сравнения (n=28), получавших наружную терапию гелем с азелаиновой кислотой 15%, также был отмечен положительный результат: через 4 недели наблюдалось уменьшение количества элементов – папул на 21%, что сопоставимо с 1-й группой, и пустул на 25,2%, что на 5% отличается от основной группы. Через 8 недель результаты лечения также незначительно отличались: уменьшение папул произошло на 69,7%, пустул на 71,5%, что на 10% меньше, чем в основной группе. Переносимость терапии была отмечена как хорошая у всех больных, однако при нанесении геля с азелаиновой кислотой 15% пациенты в 80% случаев отмечали субъективные ощущения в виде небольшого жжения и покалывания в области лица в первые минуты нанесения. Таким образом, переносимость терапии была лучше и уменьшение воспалительных элементов было более значимо в первой группе пациентов.

Выводы. Проведенное нами исследование позволяет рекомендовать гели «Делекс-акне» как безопасное и эффективное средство, которое может использоваться в лечении пациентов с папуло-пустулезной формой акне средней степени тяжести. Применение препаратов, содержащих очищенную серу, является патогенетически обоснованным, так как реализуются кератолитические, антисептические и противовоспалительные свойства серы, обусловленные реакцией, возникающей при прямом взаимодействии между серой и кератиноцитами. Кроме того, преимуществом использования серы в наружных средствах является отсутствие развития резистентности микрофлоры, отсутствие побочных эффектов и хорошая переносимость терапии.

ЛЕЧЕНИЕ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ КОЖИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФЕРМЕНТНОГО ГЕЛЯ

Ключарева С.В., Белова Е.А., Заводько Е.А.,
Слободских Е.О., Ключарев Г.В., Хаббус А.Г.
Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Определение клинической эффективности коррекции келоидных рубцов кожи с применением ферментного геля «Карипаин SCAR».

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 35 пациентов (25 женщин и 10 мужчин) с формирующимися (сроком существования до 1 года) келоидными рубцами диаметром от 0.5 до 6 см 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 (Me: 26,8±3,5 лет). Пациенты случайным образом были разделены на две группы. Пациенты 1-й группы наносили на область рубца ферментный гель, содержащий помимо традиционных противорубцовых ингредиентов (коллагеназы) протеолитический фермент папаин и другие активные растительные компоненты. Пациенты 2-й группы использовали другие противорубцовые средства. Топические препараты применяли ежедневно 2 раза в день, курс терапии составил 3 месяца.

Результаты и обсуждение. Эффективность проводимой терапии и удовлетворенность лечением оценивали по динамике клинических показателей шкалы POSAS, оценки показателей профиля безопасности и фотофиксации до/после лечения. Сроки наблюдения составили 12 недель. У большинства пациентов 1-й группы отмечался сравнительно лучший косметический результат, максимально выраженное улучшение исходных параметров рубцовой ткани (нормализация макрорельефа и окраски кожи, увеличение эластичности, подвижности и функциональной активности в области деформаций) по сравнению с пациентами 2-й группы. У 80% пациентов 1-й группы уже через 4 недели от начала применения ферментного геля отмечалось уменьшение зуда и субъективных ощущений в области рубца, в то время как у 50% пациентов 2-й группы субъективные ощущения сохранялись до 8 недель от начала лечения. Более выраженные положительные результаты лечения у

1-й группы пациентов могут наблюдаться благодаря образованию стабильного активного комплекса входящих в состав геля активных ферментов прямого действия и чрескожного проводника Аквакомплекса глицеросольвата титана (Тизоль), за счет чего гель обладает повышенной эффективностью и сокращает сроки лечения в сравнении с другими противорубцовыми средствами.

Выводы. Полученные результаты демонстрируют, что при использовании геля «Карипаин Scar» наблюдается быстрое исчезновение зуда и субъективных ощущений в области келоидного рубца, более раннее (на 2-4 неделе) начало эффекта от применения и более стойкие изменения в рубце по сравнению с контрольной группой. Такая высокая клиническая эффективность применения ферментативного препарата связана с его способностью глубоко проникать в рубцовую ткань и оказывать пролонгированное протеолитическое и противовоспалительное действие благодаря входящим в его состав ферментам, иммобилизованным на транскутанном гелевом носителе АГТ (Тизоль).

ВЛИЯНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ НА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНУЮ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Ковалев А.В., Поляков А.С.
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить степень влияния латентного дефицита железа и железодефицитной анемии легкой степени на уровень интеллектуальной работоспособности у женщин молодого возраста.

Материалы и методы. Проведено поперечное одномоментное исследование оценки влияния латентного дефицита железа (ЛДЖ) и железодефицитной анемии легкой степени (ЖДА) на уровень интеллектуальной работоспособности на примере женщин, обучающихся в Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. Для оценки уровня интеллектуальной работоспособности использовалась корректурная проба Ландольта. В ходе выполнения пробы исследовалось 4 параметра: продуктивность, скорость, точность, эффективность. Количество баллов каждого параметра варьирует от 0 до 10, большее число баллов соответствует более высокой

степени интеллектуальной работоспособности. При статистической обработке полученных результатов, оценка на нормальность внутри каждой группы проводилась при помощи теста Шапиро-Уилка. В каждой исследуемой группе распределение показателей отличалось от нормального, дальнейший статистический анализ проводился при помощи непараметрических методов. При описании групп использовались медиана, 25-й и 75-й центили. Межгрупповое сравнение между тремя группами проводилось при помощи критерия Краскила-Уоллиса.

Результаты и обсуждение. В исследовании приняло участие 67 испытуемых 18-21 года, из них 27 (40,3%) «здоровых», 25 (37,4%) с ЛДЖ и 15 (22,3%) с ЖДА. Медиана возраста составила 18 лет (18;18). В группе «здоровых» женщин медиана уровня гемоглобина составила 130 (127; 134) г/л, ферритина 45,7 (38,3;64,9) нг/мл. В группе женщин с ЛДЖ медиана уровня гемоглобина составила 128 (124;133) г/л, ферритина 22 (15,5;24,9) нг/мл. В группе женщин с ЖДА медиана уровня гемоглобина составила 113 (105;115) г/л, ферритина 15,8 (5,8;26,5) нг/мл. При проведении корректурной пробы Ландольта в группе «здоровых» женщин медианы баллов составили: в шкале продуктивность – 7 (6;8), скорость – 7 (6;8), точность – 6 (5;7), эффективность – 7 (5;8). В группе женщин с ЛДЖ медианы баллов составили: в шкале продуктивность – 7,5 (6;9), скорость – 8 (6;9), точность – 6 (5;7,5), эффективность – 8 (6;8,5). В группе женщин с ЖДА медианы баллов составили: в шкале продуктивность – 8 (6;9), скорость – 8 (7;9), точность – 7 (5;7), эффективность – 7 (6;8). Статистически значимых различий по баллам в шкалах корректурной пробы Ландольта не было получено.

Выводы. Латентный дефицит железа и железодефицитная анемия легкой степени не оказывают самостоятельного влияния на уровень интеллектуальной работоспособности.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ СРЕДИ ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Ковалев А.В., Поляков А.С.

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

Цель исследования. Изучить распространенность латентного дефицита железа и железодефицитной анемии среди женщин молодого возраста, обучающихся в Военно-медицинской академии.

Материалы и методы. проведено поперечное одномоментное исследование встречаемости латентного дефицита железа (ЛДЖ) и железодефицитной анемии (ЖДА) среди женщин, зачисленных на обучение в Военно-медицинскую академию им. С.М. Кирова. ЛДЖ верифицировался при уровне ферритина <30 нг/мл, гемоглобина >120 г/л. ЖДА устанавливалась при уровне ферритина <45 нг/мл, гемоглобина <120 г/л. Оценивалось исследование уровня С-реактивного белка для исключения острофазового повышения уровня ферритина. При статистической обработке полученных результатов, оценка на нормальность внутри каждой группы проводилась при помощи теста Шапиро-Уилка. В каждой исследуемой группе распределение показателей отличалось от нормального, дальнейший статистический анализ проводился при помощи непараметрических методов. При описании групп использовались медиана, 25-й и 75-й центили. Межгрупповое сравнение между тремя группами проводилось при помощи критерия Краскила-Уоллиса. При выявлении отклонений от нулевой гипотезы проводился апостериорный анализ при помощи критерия Манна-Уитни с поправкой Бонферрони (в таком случае отклонение нулевой гипотезы принималось при $\alpha < 0,017$).

Результаты и обсуждение. В исследовании приняло участие 68 испытуемых 18-21 года. Медиана возраста составила 18 лет (18;18). У 25 (36,7%) женщин был диагностирован ЛДЖ, у 16 (23,5%) - ЖДА. Во всех случаях была верифицирована ЖДА легкой степени, лишь у одной обследуемой уровень гемоглобина был ниже 100 г/л. Уровень С-реактивного белка у всех испытуемых был <5 мг/л, Me 2,4 (Q 1,2;3,1) мг/л. В группе «здоровых» женщин медиана уровня гемоглобина составила 130 (127;134) г/л, эритроцитов 4,14 (3,96;4,3) $\times 10^{12}/л$, MCV 89,4 (88,3;92,4) фл, MCH 31,5 (30,7;32,7) пг, ферритина 45,7 (38,3;64,9) нг/мл. В группе женщин с ЛДЖ медиана уровня гемоглобина составила 128 (124;133) г/л, эритроцитов 4,19 (4,01;4,33) $\times 10^{12}/л$, MCV 89,2 (85,3;91,5) фл, MCH 30,7 (29,3;31,6) пг, ферритина 22 (15,5;24,9) нг/мл. В группе женщин с ЖДА медиана уровня гемоглобина составила 114 (105;117) г/л, эритроцитов 3,85 (3,78;3,92) $\times 10^{12}/л$, MCV 86,2 (82,4;88,5) фл, MCH 29,8 (28,2;31,1) пг, ферритина 15,3 (5,5;26,7) нг/мл. При проведении апостериорного сравнительного анализа были выявлены сопоставимые показатели общего анализа крови между группами «здоровых» женщин-военнослужащих и с ЛДЖ. В то же время, не было обнаружено статистически значимых различий в уровне ферритина между группами с ЛДЖ и ЖДА. Медиана индекса

массы тела составила 20,5 (19,6;22,5) кг/м², и значимо не различалась в исследуемых группах.

Выводы. Получены данные о высокой встречаемости латентного дефицита железа и железодефицитной анемии у женщин молодого возраста.

ВЛИЯНИЕ УМЕРЕННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У ЗДОРОВЫХ ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Ковалев А.В., Поляков А.С.

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

Цель исследования. Изучить степень влияния умеренной физической нагрузки на формирование железодефицитных состояний у здоровых женщин молодого возраста.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование оценки влияния умеренной физической нагрузки на формирование латентного дефицита железа (ЛДЖ) и железодефицитной анемии легкой степени (ЖДА) на примере женщин, обучающихся в Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. В 1 точке исследования выполнялась оценка общего анализа крови, уровня ферритина крови. В исследовании приняли участие женщины с уровнем гемоглобина >120 г/л, ферритина >30 нг/мл. У всех испытуемых отсутствовали нарушения менструального цикла. Испытуемые ежедневно проходили 10-15 км. Физическая активность составляла ежедневную аэробную нагрузку в виде бега на 3 км. На 30 день исследования (2 точка) выполнялась повторная оценка общего анализа крови, уровня ферритина крови. При статистической обработке полученных результатов, оценка на нормальность внутри каждой группы проводилась при помощи теста Шапиро-Уилка. В каждой исследуемой группе распределение показателей отличалось от нормального, дальнейший статистический анализ проводился при помощи непараметрических методов. При описании групп использовались медиана, 25-й и 75-й центили. Для межгруппового сравнения полученных результатов между двумя зависимыми группами применялся критерий Уилкоксона.

Результаты и обсуждение. В исследовании приняло участие 27 испытуемых 18-21 года. Медиана возраста составила 18 лет (18;18). В 1 точке исследования медиана уровня гемоглобина соста-

вила 130 (126;132) г/л, эритроцитов 4,12 (3,96;4,25) $\times 10^{12}$ /л, ферритина 46,1 (38,3;64,9) нг/мл. Через 30 дней, во 2 точке исследования медиана уровня гемоглобина составила 128 (126;131) г/л, эритроцитов 4,28 (3,85;4,42) $\times 10^{12}$ /л, ферритин 28,1 (16,4;44,4) нг/мл. Уровни гемоглобина и эритроцитов в 1 и 2 точке исследования статистически значимо не различались в исследуемых группах, в то время как различия в уровне ферритина были статистически значимы. При этом, у 5 обследуемых уровень гемоглобина был выше, чем в первой точке исследования на 5-9 г/л, что может говорить об активации депо железа на адаптацию эритропоэза к физической активности. У 11 участниц во 2 точке исследования был выявлен ЛДЖ (снижение ферритина <30 нг/мл), у 2 – ЖДА (снижение гемоглобина <120 г/л, ферритина <45 нг/мл).

Выводы. Наличие умеренной физической активности статистически значимо влияет на формирование железодефицитных состояний у здоровых женщин молодого возраста.

АССОЦИАЦИИ БИОМАРКЕРОВ И ЛОКАЛЬНОЙ ПОТЕРИ КОСТИ ПРИ РАЗЛИЧНОМ РИСКЕ ПЕРЕЛОМОВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ПРИ МНОГОЛЕТНЕМ НАБЛЮДЕНИИ

Коваленко П.С., Постникова П.О., Дыдыкина П.С., Диатроптов М.Е., Глухова С.И.

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

Цель. Локальная и генерализованная потеря костной ткани у больных ревматоидным артритом (РА) является проявлением прогрессирования заболевания или неблагоприятным последствием. Различные эндогенные и экзогенные факторы оказывают влияние на потерю костной ткани. Целью работы было изучить ассоциации между основными иммунологическими и остеологическими показателями, характеризующими РА, и локальной потерей кости (счет эрозий) с учетом риска переломов.

Материалы и методы. Представлены предварительные результаты проспективного многолетнего исследования по изучению исходов локальной и генерализованной потери костной ткани у 44 женщин, страдающих ревматоидным артритом, возраст которых при включении в исследование составил 56,8±6,9 лет, длительность наблюдения – 8,3±1,5

лет. Всем больным исходно и в динамике определяли РФ, АЦЦП, СРБ (стандартными методами); с помощью ИФА (ELISA) определяли ИЛ-6, RANKL, СТХ-I, остеокальцин, ВАР (костная щелочная фосфатаза). Группу иммунологического контроля составили здоровые доноры (n=12). Рентгенография кистей и стоп проводилась с оценкой по методу Шарп-Ван дер Хейде, в обеих группах наблюдалось достоверное увеличение числа эрозий (p<0,05). Минеральная плотность кости (МПК) в области L1-L4 и шейки бедра определялась с помощью рентгеновской денситометрии исходно и в динамике (исходно у всех пациенток на аппарате Hologic). 10-летняя вероятность основных остеопоротических переломов по алгоритму FRAX с использованием МПК шейки бедра определена исходно у 41 пациентки (93%). Высокий риск переломов определен у 25 (61%) пациенток, низкий риск – у 16 (39%).

Результаты и обсуждение. За период наблюдения у 12 (48%) человек из группы высокого риска и у 2 (12%) из группы низкого риска произошли периферические переломы (p=0,01). Исходно и в динамике в группе высокого риска был отмечен больший показатель эрозий, чем в группе низкого риска (p=0,001 и p=0,002, соответственно), при этом дельта эрозий между группами достоверно не различалась. Корреляционный анализ показал, что в группе высокого риска переломов исходно и в динамике счет эрозий положительно коррелировал (p<0,05) с исходным уровнем СРБ. В группе низкого риска счет эрозий положительно коррелировал (p<0,05) с уровнем остеокальцина (исходно и в динамике для обоих показателей), а дельта эрозий положительно коррелировала с позитивностью по АЦЦП при повторном визите. В этой же группе была отмечена достоверная положительная корреляция между исходным количеством эрозий и уровнем СТХ-I в динамике, но не исходно. Данных о достоверной корреляции между показателями счета эрозий и другими иммунологическими показателями не получено.

Выводы. Предварительный анализ результатов длительного наблюдения показал увеличение счета эрозий в группе как высокого, так и низкого риска переломов, а переломов – в группе высокого риска. Более высокие исходные значения СРБ в группе высокого риска переломов ассоциировались с большим счетом эрозий как исходно, так и в динамике. На увеличение счета эрозий (дельта) в группе низкого риска влияла позитивность по АЦЦП (на повторном визите) и отмечено, что уровень остеокальцина, отражающего активность остеобластов, положительно коррелировал с показателем счета эрозий, что, возможно, отражает активность ремоделирования.

ХАРАКТЕРИСТИКА СКЕЛЕТНО-МЫШЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПРОХОДЯЩИХ КУРС ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ ПО ПОВОДУ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ СОЛИДНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

Колтакова А.Д.¹, Лила А.М.^{1,2}, Феденко А.А.³

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

²Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования,

³Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена, Москва

Цель исследования. Описать частоту развития и клинические проявления скелетно-мышечной патологии у пациентов, проходящих курс лекарственной терапии солидных злокачественных новообразований.

Материалы и методы. Обследовано 140 пациентов (46 мужчин и 94 женщины, средний возраст 55,4±13,0 лет, серийная выборка), получающих противоопухолевую фармакотерапию. Все пациенты имели верифицированный диагноз злокачественного новообразования 20 различных локализаций. Лекарственная противоопухолевая включала 56 комбинаций из 37 различных препаратов. Выявляемые скелетно-мышечные проявления ранжировались по степени тяжести согласно классификации STCAE v5.0.

Результаты. У 114 из 140 (81%; 95%ДИ [74-87]) обследованных пациентов в период проведения противоопухолевой терапии присутствовали различные скелетно-мышечные симптомы, которые были представлены: артритом (n=9), синовитом (n=10) энтезитами (n=40), тендинитами (n=27), артралгией (n=64), оссалгией (n=14), миалгией (n=14). В зависимости от причины их развития мы сформировали 4 группы: 1-ю группу (n=27) – пациенты с артропатией, ассоциированной с проводимой противоопухолевой терапией, 2-ю группу (n=36) – пациенты со скелетно-мышечной патологией, не связанной с проводимым лечением или паранеопластическим/неопластическим процессом, 3-ю (n=13) группу – пациенты со скелетно-мышечной патологией, ассоциированной с неопластическим или паранеопластическим процессом, 4-ю группу (n=38) – пациенты со скелетно-мышечными проявлениями с комбинированной этиологией (имеющие одновременно принадлежность к различным группам). Артралгии статистически достоверно чаще встречались у пациентов 1-й группы (p=0,002; φ=0,55) по сравнению с 3-й

группой, оссалгии – у пациентов 1-й ($p=0,005$; $\varphi=0,4$) и 3-й ($p=0,004$; $\varphi=0,49$) групп, по сравнению с пациентами 2-й группы. Все случаи выявления миалгий ассоциировались с проводимой лекарственной противоопухолевой терапией. Поражение суставов у обследованных пациентов было ранжировано по степени тяжести согласно классификации СТСАЕ v5.0 следующим образом: 1-ая степень – в 43 (37,7%) случаях, 2-ая степень – в 57 (50%) случаях и 3-я степень – в 14 (12,3%) случаях. Пациентам из 1-й и 4-й групп статистически достоверно чаще устанавливалась 2-я и 3-я степень тяжести скелетно-мышечной патологии чем пациентам 2-й группы ($p<0,001$). При этом наличие у пациента артропатии, связанной с проводимой лекарственной противоопухолевой терапией, ассоциировалось с более тяжелым поражением суставов ($\tau_b=0,494$, $p<0,001$). У 55 (48%; 95%ДИ [39-57]) пациентов определялась связь развития скелетно-мышечных проявлений с проводимой терапией согласно алгоритму Наранжо: у 39 из 124 (31%) пациентов, получающих химиотерапевтические препараты, у 6 из 14 (42%) пациентов, получающих иммунотерапевтические препараты, у 6 из 13 (46%) пациентов, получающих гормональную терапию.

Выводы. Можно прогнозировать высокую распространенность и широкий спектр скелетно-мышечных проявлений среди пациентов, получающих лекарственную терапию по поводу злокачественных солидных новообразований. Отдельной проблемой представляется развитие у таких пациентов артропатии, индуцированной проводимой противоопухолевой терапией, которая может ассоциироваться с различными группами лекарственных препаратов.

ИММУНОПОСРЕДОВАННЫЕ СКЕЛЕТНО-МЫШЕЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ КОНТРОЛЬНЫХ ТОЧЕК: ОПИСАНИЕ СЕРИИ СЛУЧАЕВ

Колтакова А.Д.¹, Лиля А.М.^{1,2}, Черкасова М.В.¹,
Феденко А.А.³

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

²Российская медицинская академия непрерывного
профессионального образования,

³Московский научно-исследовательский
онкологический институт имени П.А. Герцена,
Москва

Цель исследования. Описать скелетно-мышечные иммуноопосредованные нежелательные явления (иоНЯ), ассоциированные с терапией солид-

ных опухолей ингибиторами контрольных точек, в серии клинических случаев.

Материалы и методы. Мы выявили 13 пациентов со скелетно-мышечными иоНЯ у пациентов, получающих терапию ингибиторами контрольных точек. Средний возраст пациентов был 59 ± 10 (43-74) лет. У всех пациентов был гистологически верифицированный диагноз злокачественного солидного новообразования, включая: меланому ($n=5$), рак почки ($n=3$) рак мочевого пузыря ($n=2$), немелкоклеточный рак легкого ($n=1$), рак молочной железы ($n=1$), рак шейки матки ($n=1$). Все пациенты получали терапию ингибиторами сигнального пути PD-1/PD-L1: ниволумаб ($n=6$), пембролизумаб ($n=3$), атезолизумаб ($n=3$), пролголимаб ($n=1$). У 7 (54%) пациентов кроме скелетно-мышечных также выявлялись другие иоНЯ: тиреоидит ($n=3$), нейропатия ($n=2$), сыпь ($n=1$), сухой синдром ($n=1$), гепатит ($n=1$). Медиана дебюта скелетно-мышечной патологии была 20 [9-48] недель со старта противоопухолевой терапии.

Результаты. Клинические проявления скелетно-мышечной патологии включали в себя: у 9 (69%) пациентов синовит, у 11 (85%) – теносиновит, у 4 (31%) – энтезиты, у 4 (31%) – утреннюю скованность в суставах более 30 минут. Наиболее часто были поражены области коленных суставов (77%), плечевых суставов (69%) и кистей (54%) с билатеральным вовлечением у 9 (69%) пациентов. У 11 пациентов скелетно-мышечная патология носила персистирующий характер (9 пациентов с воспалительным артритом и 2 пациента с периартритом) и у двух – транзиторный. Воспалительный артрит был представлен моно- ($n=1$), олиго- ($n=3$) и поли- ($n=5$) артикулярным заболеванием с вовлечением мелких суставов кистей и/или стоп в 5 случаях и преимущественным поражением суставов нижних конечностей в 3-х случаях. В 3-х случаях в клинической картине заболевания преобладали явления периартикулярного поражения (2 пациента с симметричным полиартритом и тяжелыми теносиновитами, еще 1 – с RS3PE-синдромом). Данные лабораторного обследования выявили ускорение СОЭ более 30 мм/ч у 7/12 (58%) пациентов (медиана – 34 [14-42] мм/ч). СРБ более 5 мг/л у 7/10 (70%) пациентов (медиана – 7,2 [4,6-12,9] мг/л). Наибольшие показатели СРБ отмечались у пациентов с тяжелыми теносиновитами. Иммунологическое исследование выявило наличие АНФ (her-2) у 7 (70%) пациентов в основном в низком титре: 1:160 ($n=2$), 1:320 ($n=3$), 1:640 ($n=2$). РФ и АЦЦП не были выявлены ни в одном случае. Терапия выявленных скелетно-мышечных иоНЯ включала в себя НПВП ($n=10$), оральные системные глюкокортикостероиды ($n=5$), внутрисуставное введение кортикостероидов ($n=1$), базисные противовоспалительные препараты (метотрексат [$n=1$], гидроксихлорохин [$n=5$]).

5 пациентов с воспалительным артритом требовали длительной терапии (медиана 12 [3-12] мес.). 1 пациенту с полиартритом и тяжелыми теносиновитами потребовалось прерывание противоопухолевой терапии для проведения курса терапии метотрексатом.

Выводы. Данные нашего исследования демонстрируют, что скелетно-мышечные иония имеют гетерогенные проявления и могут требовать проведения длительного лечения, и в редких случаях – привести в приостановке противоопухолевой терапии.

ОСТЕОПОРОЗ И КОМОРБИДНОСТЬ: ВЗАИМОСВЯЗЬ КОСТНОЙ МАССЫ С ПРЕКЛИНИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ЖЕНЩИН

Колчина М.А., Скрипникова И.А.

Национальный медицинский исследовательский центр
терапии и профилактической медицины,
Москва

Цель исследования. Изучить ассоциации между состоянием костной массы и костного обмена с параметрами субклинического атеросклероза (АС), кальцификацией коронарных артерий (КА) и ригидностью периферических сосудов.

Материалы и методы. В одномоментное исследование включено 250 женщин от 45 до 69 лет, наблюдавшихся амбулаторно и подписавших информированное согласие. Минеральная плотность кости (МПК) позвоночника, шейки бедра (ШБ) и проксимального отдела бедра (ПОБ) измерялась с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии. Маркер костной резорбции С-концевой телопептид коллагена 1 типа (СТх) определяли в сыворотке крови методом β -crosslaps. Толщина комплекса интима-медиа (КИМ), наличие и количество атеросклеротических бляшек (АБ) исследовались с помощью дуплексного сканирования. Оценка скорости распространения пульсовой волны (СРПВ), индекса аугментации (ИА) проводилась методом аппланационной тонометрии. Наличие депозитов кальция в коронарных сосудах определялось методом мультиспиральной компьютерной томографии с использованием кальциевого индекса (КИ) Агатстона.

Результаты и обсуждение. Женщины с низкой костной массой имели более высокие показатели СРПВ ($p < 0,05$), ИА ($p < 0,01$), толщины КИМ ($p < 0,02$), уровня СТх ($p < 0,001$), а также большее количество АБ, чем таковые с нормальной МПК.

Также, низкая МПК, соответствующая как остеопении так и остеопорозу, ассоциировалась с высокими показателями КИ ($p < 0,03$). Выявлена отрицательная корреляционная связь между МПК во всех измеренных участках скелета и ИА ($p < 0,05$), МПК ШБ и толщиной КИМ ($p < 0,05$), МПК ПОБ и ШБ и наличием АБ ($p < 0,05$). Наиболее сильная отрицательная связь была отмечена между МПК во всех исследованных отделах скелета и КИ ($p < 0,01$). Отмечена отрицательная корреляционная связь между маркером костной резорбции СТх и СРПВ, наличием АБ и КИ. По данным многомерного линейного регрессионного анализа (с поправкой на возраст, длительность менопаузы, низкую массу тела, фактор курения и общий холестерин) был подтвержден независимый характер связи между индексом Агатстона и МПК во всех измеренных отделах скелета, между ИА и МПК ШБ, а также между толщиной КИМ и МПК ШБ.

Выводы. Снижение МПК и повышение маркера костной резорбции, ассоциирующееся с увеличением показателей сосудистой жесткости и субклинического АС и, особенно, кальцификацией КА, позволяет думать об общности механизмов развития и прогрессирования остеопороза и АС и об общих мерах профилактики.

К ВОПРОСУ О РАЗВИТИИ АСЕПТИЧЕСКИХ НЕКРОЗОВ КОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Комаров В.Т.^{1,2}, Хичина Н.С.¹, Фадеева С.С.²,
Филатова М.А.¹, Донецкая Н.В.¹

¹Пензенская областная клиническая больница
имени Н.Н. Бурденко,

²Пензенский государственный университет,
г. Пенза

Цель. Анализ клинико-лабораторных проявлений системной красной волчанки (СКВ) в сочетании с асептическим некрозом костей (АНК).

Материал и методы исследования. За двухлетний период нами наблюдались 54 больных (50 женщин и 4 мужчины, средний возраст 43,8 года) с СКВ, находившихся на лечении в отделении ревматологии. Диагноз СКВ ставился согласно классификационным критериям EULAR/ACR, 2019. Пациентам определяли: комплемент, антинуклеарный фактор (АНФ) крови, антитела к двуспиральной ДНК и кардиолипинам класса Ig M и G. Инструментальная диагностика включала в себя магнитно-резонансную томографию (МРТ) костей. Все пациенты получали базисную те-

рапию преднизолоном в средней дозе 19,2 мг/сутки. В связи с высокой степенью активности заболевания 8 больным проводили пульстерапию метилпреднизолоном (ПМП) 3000 мг в сутки и циклофосфаном 1000 мг, 36 пациентов принимали гидроксихлорохин 200 мг в сутки, 18 человек – азатиоприн и микофенолата мофетил. По данным МРТ суставов АНК был выявлен у 13 больных СКВ (24%).

Результаты и обсуждение. В соответствии с активностью течения СКВ больные были разделены на две группы. Группа 1 включала 28 человек с высокой степенью активности по шкале SELENA SLEDAI-19 баллов; во вторую группу вошли 26 больных с низкой активностью заболевания по шкале SELENA-SLEDAI – 6 баллов. В клинике первой группы у 9 пациентов (6 женщин и 3 мужчин в возрасте от 18 до 42 лет) наблюдалась СКВ острого течения с классической триадой (артрит, дерматит, полисерозит). В крови выявлены положительный АНФ гомогенного типа свечения в титре 1/520, антитела к ДНК более 160 ед/мл, кардиолипидов класса Jg G, волчаночного антикоагулянта, анемия, лейкопения, тромбоцитопения. У 8 женщин (возраст от 24 до 46 лет) диагностирована СКВ подострого течения и характеризовалась цереброваскулитом, поражением кожи и выпадением волос, высокой лихорадкой, с поражением почек, иммунологическими изменениями. Гемолитический вариант СКВ наблюдался у 3 пациентов (2 женщины и один мужчина в возрасте от 10 до 36 лет). Для него характерно злокачественное течение, лихорадка, лимфоаденопатия, гепато- и спленомегалия, аутоиммунная панцитопения. Почечный вариант СКВ отмечен у четырех женщин в возрасте от 27 до 32 лет с волчаночным нефритом, цереброваскулитом. СКВ с антифосфолипидным синдромом отмечен у 4 женщин в возрасте 41-49 лет. Отмечены артериальные тромбозы, тромбоцитопения, сетчатое ливедо, синдром Рейно. У 12 пациентов 1 группы по МРТ были диагностированы АНК с поражением мышечков бедренной и большеберцовой костей в составе коленных суставов, костей запястья, головки бедренной и плечевой кости. Причем в 1/3 случаев АНК сочетались с переломами костей. Все 28 пациентов принимали преднизолон в средней дозе 39,5 мг, 8 больных получали ПМП в дозе 3000 мг в сутки. Во второй группе (26 женщин в возрасте от 24 до 44 лет) у всех больных наблюдалась СКВ хронического течения, который проявлялся суставным синдромом, синдромом Рейно, адгезивным плевритом, лейкопенией, иммунологическими изменениями. Базисную терапию преднизолоном получали все пациенты в средней дозе 10 мг в сутки. АНК был выявлен у одной пациентки с поражением головки бедренной кости.

Выводы. Таким образом, наибольшая частота АНК при СКВ выявлена в группе больных с высокой степенью активности по шкале SELENA SLEDAI и у лиц, получающих средние и большие дозы ГКС, включая ПМП. Корреляция с генерализованным васкулитом и высокой степенью активности при СКВ однозначна, однако роль высоких доз ГКС в развитии АСН при СКВ, требует дальнейшего изучения.

ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЕЙ АЛЬДОСТЕРОНА И ФАКТОРА РОСТА ФИБРОБЛАСТОВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Комарова Е.Б.¹, Белкина Г.А.¹, Кукушкина В.А.²,
Стрекозова И.П.²

¹Луганский государственный медицинский
университет имени Святого Луки,

²Луганская республиканская клиническая больница,
г. Луганск, ЛНР

Ревматоидный артрит (РА) – аутоиммунное заболевание, в патогенезе которого большую роль играет гиперплазия синовиальной оболочки с пролиферацией фибробластов, формированием паннуса и эрозий. При наличии сочетанной патологии, такой как хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), суммация действия медиаторов воспаления, факторов роста и общих патофизиологических процессов может привести к развитию синдрома взаимного отягощения, дальнейшему прогрессированию обоих заболеваний и ухудшению качества жизни пациента. Альдостерон (АЛД) обладает провоспалительными и пролиферативными свойствами, стимулирует экспрессию провоспалительных цитокинов, молекул адгезии и различных факторов роста, в том числе и фактора роста фибробластов (ФРФ).

Цель исследования. Определить изменение уровней АЛД и ФРФ в крови у пациентов РА в сочетании с ХОБЛ

Материалы и методы. В исследуемую группу вошло 32 пациента с диагнозом РА (критериями ACR/EULAR 2010 в сочетании с ХОБЛ клинической группы В (GOLD, 2018) вне обострения ($50\% \leq \text{ОФВ}_1 < 80\%$), средний возраст был $51,7 \pm 8,22$ года. Контрольную группу составили 41 пациента с диагнозом РА без сочетанной патологии, сопоставимы по возрасту, длительности и активности РА с исследуемой группой. ИФА определяли концентрации СРБ и TNF- α (Вектор-Бест, Россия), АЛД и ФРФ (BCM

Diagnostic, Канада). У всех обследованных оценивали качество жизни (КЖ) с помощью анкеты SF-36.

Результаты. В исследуемой группе было установлено увеличение концентрации АЛД, пг/мл 198 [145,6; 248,9] в крови в 2 раза ($p=0,02$) и ФРФ, пг/мл 24,7 [21,7; 31,4] в 2,5 раза ($p=0,002$) при сравнении с контрольной группой. Шкалы анкеты SF-36, отражающие состояние физического здоровья были статистически ниже в исследуемой группе: PF (физическая активность) – 35 (20; 52,5), RP (ролевое физическое функционирование) – 33 (19,4; 50,5), BP (боль) – 28 (24; 42), GH (общее восприятие здоровья) – 40 (30; 53,5) ($p<0,05$, во всех случаях). Корреляционный анализ показал, что длительность сочетанной патологии в исследуемой группе положительно коррелировала с уровнем ФРФ ($r=0,41$; $p=0,03$), а высокая степень активности заболевания (DAS28) положительно коррелировала с высоким уровнем АЛД ($r=0,48$; $p=0,018$) и TNF- α ($r=0,58$; $p=0,007$). Высокие уровни АЛД и ФРФ обратно коррелировали с показателями PF ($r=-0,37$; $p=0,043$), GH ($r=-0,57$; $p=0,008$).

Заключение. Высокий уровень АЛД и ФРФ в крови у пациентов РА в сочетании с ХОБЛ может являться маркером тяжелого течения коморбидной патологии, быстрого прогрессирования пролиферативных процессов, как в костно-хрящевой, так и в бронхо-легочной ткани, что в свою очередь будет ухудшать качество жизни и прогноз заболевания у данной категории больных. Полученные данные требуют более глубокого изучения для разработки персонализированной терапии пациентам с сочетанной патологией.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ФАКТОРОВ АГРЕССИИ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА ПРИ ГЛОМЕРУЛОПАТИЯХ У ДЕТЕЙ

Конюх Е.А.¹, Осипова-Егорова Е.А.²

¹Гродненский государственный
медицинский университет,

²Гродненская областная детская
клиническая больница,

г. Гродно, Республика Беларусь

Гипергомоцистеинемия – один из факторов, которые оказывают повреждающее действие на структуру стенок сосудов и функцию эндотелия, нарушая сосудодвигательную регуляцию, а также способствуют повышению коагуляционных свойств крови. Поэтому повышение уровня гомоцистеина (ГЦ) является неблагоприятным прогностическим

признаком при гломерулонефрите (ГН). Высокий уровень ГЦ действует как прокоагулянт, активируя тканевый фактор и фактор Виллебранда, повышает агрегационную способность тромбоцитов и их адгезивные свойства, активность факторов свертывания крови (А.В.Наумов и др., 2012; A.Khajuria, 2000).

Цель исследования. Определить уровень гомоцистеина, его метаболита цистеина и их взаимосвязь с показателями гемостаза у детей с гломерулонефритом.

Методы исследования. Определение уровня гомоцистеина и цистеина проводили методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с флуоресцентной детекцией. Объектом исследования явились 78 детей с ГН: 41 ребенок с острым гломерулонефритом (ОГН), возраст – 13,9 (11,8-15,4) лет; 37 пациентов с хроническим гломерулонефритом (ХГН), 14,1 (11,3-15,6) лет. Группу сравнения составили 10 условно здоровых детей.

Результаты исследования. Установлено, что содержание ГЦ при ОГН составляло 9,5 (8,0-16,9) мкмоль/л, что значительно превышало его уровень у детей из группы сравнения, где он был 5,8 (5,2-6,7) мкмоль/л ($p=0,006$). При ХГН концентрация ГЦ также была достоверно выше, чем у условно здоровых детей (8,9 (6,9-13,3) мкмоль/л, $p=0,01$). При остром течении заболевания установлена положительная корреляционная взаимосвязь содержания ГЦ с показателями гемостазиограммы: АЧТВ ($R=0,52$, $p=0,01$) и МНО ($R=0,56$, $p=0,007$). У пациентов при ХГН выявлена прямая корреляционная зависимость уровня ГЦ и длительности АЧТВ ($R=0,58$, $p=0,02$).

Проведен анализ концентрации цистеина (ЦТ) в плазме крови у обследуемых детей. Содержание ЦТ у пациентов с ОГН составило 269,7 (232,9-296,8) мкмоль/л, с ХГН – 245,2 (210,4-284,1) мкмоль/л, у детей из группы сравнения – 155,5 (142,8-186,7) мкмоль/л. Концентрация ЦТ при остром и хроническом процессах значительно превышала его содержание в группе относительно здоровых детей ($p=0,002$ и $p=0,04$, соответственно). Установлена положительная корреляционная связь содержания ЦТ крови с длительностью АЧТВ при остром и хроническом течении заболевания ($R=0,44$, $p=0,04$ и $R=0,58$, $p=0,02$, соответственно). Концентрация ЦТ также увеличивалась прямо пропорционально нарастанию уровня ГЦ у пациентов обеих подгрупп ($R=0,57$, $p=0,006$ и $R=0,79$, $p=0,00003$, соответственно).

Таким образом, при остром и хроническом течении ГН у детей в плазме крови отмечается повышение уровня ГЦ и ЦТ. Положительная корреляционная зависимость уровня данных факторов агрессии сосудистого эндотелия и показателей гемостазиограммы (АЧТВ и МНО) указывает на повышение тромботических свойств крови. Вовлече-

ние сосудистого компонента наряду с изменением гемостаза в патологический процесс при гломерулярных заболеваниях обуславливает актуальность изучения роли ГЦ и его метаболитов в функционировании кардио-ренального континуума и развитии гломерулопатий.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ГИПЕРУРИКЕМИИ И КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Корнилова Е.А.¹, Фонтуренко А.Ю.^{1,2},
Мазуров В.И.^{1,2}, Гайдукова И.З.^{1,2}

¹Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,

²Клиническая ревматологическая больница №25, Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить взаимосвязь между гиперурикемией (ГУ) и сопутствующими заболеваниями у пациентов с системной красной волчанкой (СКВ).

Материалы и методы. В ходе исследования был проведен ретроспективный анализ данных 191 медицинских карт пациентов с СКВ, которые были собраны в электронном ревматологическом регистре Санкт-Петербурга в период с 01 января 2009 года по 31 декабря 2020 года. В анализе были задействованы данные 85 пациентов с СКВ и ГУ (уровень мочевой кислоты в сыворотке крови >360 мкмоль/л в 3 измерениях) (группа 1) и 106 пациентов с СКВ с нормальным уровнем мочевой кислоты в 3 лабораторных отчетах (≤ 360 мкмоль/л) – группа 2. Пациенты с ревматологическими заболеваниями, отличными от СКВ, с подагрой, активными инфекциями, онкологическими заболеваниями, со скоростью клубочковой фильтрации <30 мл/мин*1,73 м² и другими вторичными причинами ГУ были исключены из исследования. В ходе работы были проанализированы клинические и лабораторные данные, наличие сопутствующих заболеваний, индекс сопутствующей патологии Charlson, SELENA-SLEDAI. Для статистической обработки данных использовалось программное обеспечение SPSS2020. Исследование было одобрено этическим комитетом.

Результаты и обсуждение. Пациенты с СКВ и ГУ и без нее были сопоставимы по возрасту, полу и характеристикам активности заболевания ($p \geq 0,05$). Уровень мочевой кислоты не коррелировал с активностью СКВ (SELENA-SLEDAI), $r_s = 0,06$, $p \geq 0,05$. Артериальная гипертензия, ожирение, гиперхолестеринемия, сахарный диабет, снижение функции

почек чаще наблюдались у пациентов с СКВ и ГУ, чем у пациентов с СКВ без ГУ ($p < 0,05$). Частота встречаемости артериальной гипертензии в 1-ой и 2-ой группах составила 52 (61,18%) и 30 (28,3%), ожирения – 15 (17,65%) и 5 (4,72%), гиперхолестеринемии – 54 (63,53%) и 34 (32,08%), сахарного диабета – 14 (16,47%) и 3 (2,83%) соответственно ($p < 0,05$). Также у пациентов из 1-ой группы наблюдались более низкие значения скорости клубочковой фильтрации – $80,29 \pm 28,35$ мл/мин/1,73 м² против $95,81 \pm 23,38$ мл/мин/1,73 м² у пациентов 2-ой группы ($p < 0,05$). Индекс сопутствующей патологии Charlson также был выше у пациентов с СКВ и ГУ, чем у пациентов с СКВ без ГУ ($p < 0,05$).

Выводы. Повышенный уровень мочевой кислоты в сыворотке крови у пациентов с СКВ ассоциирован с более высокой частотой артериальной гипертензии, гиперхолестеринемии, ожирения, сахарного диабета, снижением скорости клубочковой фильтрации, с более высоким индексом сопутствующей патологии Charlson, но не с активностью заболевания.

ВЛИЯНИЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА НА ТЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРОЗА У ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Королева Я.В., Смирнова Е.Н.

Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера, г. Пермь

Введение. Ряд исследований подтверждают значимость ожирения в генезе повреждения хряща. Доказана взаимосвязь тиреотропного гормона (ТТГ) с индексом массы тела (ИМТ). Однако сведения о влиянии тиреоидного статуса на хрящевую ткань ограничены.

Цель исследования. Изучение взаимосвязи первичного гипотиреоза и остеоартроза (ОА) у женщин с избыточной массой тела.

Материалы и методы. В исследование были включены 20 пациенток с ИМТ более 30 кг/м² и установленным диагнозом ОА, в возрасте от 40 до 63 лет. Пациентки разделены на 2 группы: группа 1 – 10 женщин с первичным гипотиреозом и ИМТ $39,4 \pm 6,8$ кг/м² (средний возраст $51,9 \pm 7,4$ года), и группа 2 – 10 пациенток с нормальной функцией щитовидной железы с ИМТ $39,3 \pm 4,7$ кг/м² ($p = 0,573$) (средний возраст $53 \pm 7,7$ года). Проведено физикальное, лабораторное и инструментальное обследование. Тиреоидный статус оценен по уровню ТТГ, свободного Т4 (св.Т4). Всем проведена

рентгенография пораженных суставов в 2-х проекциях, оценен альгофункциональный индекс Лекена, показатели воспаления (С – реактивный белок (СРБ), общий анализ крови (ОАК)). Проведено биоимпедансное исследование при помощи аппарата АВС -01 «МЕДАСС» с определением показателей жировой (ЖМ, кг), тощей массы (ТМ, кг), активной клеточной массы (АКМ) и скелетно - мышечной массы (СММ), удельного основного обмена (УОоб, ккал/квм/сут), общей жидкости (ОЖ, кг), внеклеточной жидкости (ВЖ, кг), соотношение талии – бедра. Статистическая обработка проведена проводилась с помощью интегрированного пакета для статистического анализа «Statistica 10». Оценка достоверности различий (р) между группами наблюдения проводилась с использованием непараметрических методов (критерий Мана-Уитни). Для корреляционного анализа был использован критерий Спирмена (R). Различия показателей считались достоверными при уровне значимости $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. Все пациенты 1 группы принимали левотироксин ($0,74 \pm 0,37$ мкг/кг) и были компенсированы (ТТГ= $1,7 \pm 0,8$ мкМЕ/мл), во 2 группе – ТТГ= $1,9 \pm 0,7$ мкМЕ/мл ($p > 0,05$). Большинство пациентов 1 и 2 группы страдали гонартрозом (70% и 100% соответственно), реже коксартрозом (20% в 1 группе). 20% пациентов 1 группы имели комбинированные поражения. Во 2 группе в 60% случаях пациенты имели 2 рентгенологическую стадию, а 1 стадия была выявлена у 30%, а 3-я у 10% пациентов. В 1 группе в 90% случаях – 1 стадия, и в 10% – 3 стадия. У пациентов 1 группы показатели воспаления были несколько выше и выявлена зависимость между индексом Лекена и СОЭ ($r=0,683$; $p=0,04$), длительностью ОА и СОЭ ($r=0,683$; $p=0,04$). Определена тенденция к корреляции между продолжительностью гипотиреоза и рентгенологической стадией ОА ($r=0,578$; $p=0,08$) и установлена связь между рентгенологической стадией и уровнем св.Т4 в сыворотке крови ($r=0,828$; $p=0,04$) у пациентов 1 группы. Подтверждена связь ожирения и ОА: установлена корреляция длительности ОА и окружности талии (ОТ) ($r=0,868$; $p=0,001$) и ИМТ ($r=0,847$; $p=0,001$) в группе пациентов с гипотиреозом. Анализ результатов биоимпедансного исследования состава тела не выявил значимой разницы между группами, но определена отрицательная связь между УОоб и ОТ ($r=-0,866$; $p=0,002$), длительностью ОА ($r=-0,710$; $p=0,02$), степенью ожирения ($r=-0,856$; $p=0,001$) у пациентов с гипотиреозом.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о влиянии даже компенсированного гипотиреоза на состояние костно-суставной патологии у женщин с ожирением. Данная информация требует дальнейшего изучения.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Коценко Ю.И.

Донецкий национальный университет
имени М. Горького,
г. Донецк, ДНР

Цель исследования. Изучить клиничко-патогенетические особенности антиоксидантной терапии неврологических проявлений диабетической полинейропатии (ДПНП) у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2) на фоне инсулинотерапии.

Материалы и методы. Проанализированы данные отечественной и зарубежной литературы с использованием баз публикаций PubMed, Google Scholar, Scopus, NLM.

Результаты. Патогенетическое лечение ДПНП реализуется с учетом актуальных представлений о механизмах ее возникновения и прогрессирования. По данным ряда авторов ДПНП возникает в результате расстройств эндоневрального метаболизма, нарушения трофики нервных волокон и гипоперфузии по vasa neurogum с развитием оксидантного стресса (ОС). ОС возникает из-за дисбаланса между свободными радикалами (супероксиданионом, пероксинитритом и т. д.) и антиоксидантной системой (супероксиддисмутазой, каталазой, глутатионом, витаминами С и Е) (Аметов А.С., 2018; Mijnhout G.S., et al, 2019). При СД имеет место увеличение свободных радикалов и дефицит компонентов антиоксидантной системы, что приводит к повреждению нервной ткани. При гипергликемии у пациентов с СД2 развивается ОС путем самоокисления глюкозы, накопление в клетках токсичных конечных продуктов неферментного гликозилирования белков и активации полиольного пути окисления (Stevens M.J., 2016; Котов С.В., 2010, 2017, Дедов И.И. и др., 2015, 2019).

В фармакологической практике лечения ДПНП при СД2 применяют антиоксидантные средства. Естественным коэнзимом митохондриального мультиэнзимного комплекса, который катализирует окислительное декарбоксилирование α -кетокислот (пируват и α -кетоглутарат), является альфа-липоевая кислота (АЛК) (Строков И.А., Фокина А.С., 2016, 2018). Многочисленные рандомизированные двойные слепые плацебо-контролируемые клинические исследования показали высокую эффектив-

ность внутривенного капельного введения и перорального приема АЛК у больных с ДПНП при СД2.

Первично проведено исследование ALADIN (Alpha-Lipoic Acid in Diabetic Neuropathy) показал дозозависимую эффективность АЛК (оптимально 600 мг) и безопасность его внутривенного введения (ВВ). Исследование ALADIN III определило возможный регресс неврологического дефицита при ВВ АЛК у больных ДПНП и СД2. В России выполняли исследование SYDNEY с идентичной целью, как в ALADIN, при котором установлена достоверная эффективность ВВ АЛК в отношении позитивной и негативной невропатической симптоматики. Амбулаторное применение АЛК ВВ при плацебоконтролируемом NATHAN II Study (Neurological Assessment of Thioctic Acid II) также эффективно ($p < 0,05$) с использованием специализированных шкал (TSS и NIS). В 52,7% случаях применения АЛК отмечено снижение дефицита по TSS. Оценивали эффективность таблетированных форм АЛК при ORPIL (Oral Pilot) (снижение выраженности ДПНП по TSS, $p = 0,021$), DEKAN (Deutsche Kardiale Autonome Neuropathie) (увеличение вариабельности сердечного ритма, $p < 0,05$) и ALADIN II (длительный прием замедляет прогрессирования ДПНП, $p < 0,05$).

Выводы. В исследованиях показана эффективность лечения ДПНП при СД2 с использованием различных форм АЛК, что позволяет принимать его в оптимальной дозе для достижения эффекта в отношении позитивной и негативной невропатической симптоматики ДПНП.

ВОЗРАСТНОЙ АНДРОГЕННЫЙ ДЕФИЦИТ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Кочанова Е.А., Один В.И., Бабич И.С., Хоанг В.Б.
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить уровень выраженность симптомов возрастного андрогенного дефицита у пациентов молодого возраста с гипертонической болезнью (ГБ).

Материалы и методы. В исследование включались мужчины молодого возраста ($n = 48$), проходящие углубленное медицинское обследование на базе кафедры факультетской терапии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. Пациенты были разделены на две группы: 1-ая группа ($n = 20$) – пациенты с установленным диагнозом ГБ I и II стадии, (средний возраст $40 \pm 3,5$ лет), 2-ая группа ($n = 28$)

– пациенты без тяжелой сопутствующей патологии (средний возраст $42 \pm 3,6$ года). Проводилось клинико-антропометрическое обследование пациентов, в том числе с использованием опросника Aging Males Symptoms (AMS). Статистическая обработка данных производилась с использованием компьютерного пакета прикладных программ STATISTICA 10.0.

Результаты и обсуждения. При сравнительной оценке антропометрических данных между двумя группами наблюдались достоверные различия по индексу массы тела (ИМТ) и окружности талии (ОТ). В группе пациентов с ГБ ИМТ составил $29,6 \pm 0,86$ кг/м², против $25,7 \pm 0,73$ кг/м² в группе пациентов без ГБ ($p < 0,05$), окружность талии составила $102,5 \pm 3,45$ см и $90,9 \pm 3,32$ см ($p < 0,05$ соотв.).

В группе пациентов с ГБ выявлены более высокие баллы опросника AMS – $28 \pm 1,7$ баллов, что соответствует слабой выраженности симптомам ВАД, во второй группе симптомы ВАД были не выражены $21 \pm 1,1$ балла ($p < 0,01$). При анализе доменов опросника между группами выявлены достоверные различия во всех подшкалах опросника: по психологическому домену шкалы AMS у пациентов ГБ – $20,6 \pm 1,20$ баллов, против $15,3 \pm 0,86$ баллов у пациентов без ГБ ($p < 0,01$), по соматическому домену шкалы AMS $13,5 \pm 0,77$ против $11,6 \pm 0,53$ баллов ($p < 0,05$ соотв.), по сексологическому домену шкалы AMS $22,2 \pm 1,57$ против $15,5 \pm 0,94$ баллов ($p < 0,01$ соотв.).

Среди всех пациентов наблюдалась прямая корреляционная взаимосвязь между наличием ГБ и выраженностью симптомов ВАД ($r_s = 0,486$; $p < 0,05$), а также наличием ГБ и величиной окружности талии ($r_s = 0,461$, $p < 0,05$). Это указывает на тесную связь механизмов развития ГБ с симптомами ВАД и компонентами метаболического синдрома. Также выявлены достоверные прямые корреляционные между наличием ГБ и выраженностью психологического домена шкалы AMS ($r_s = 0,500$, $p < 0,05$), выраженностью соматического домена шкалы AMS ($r_s = 0,360$, $p < 0,05$) и выраженностью сексологического домена шкалы AMS ($r_s = 0,476$, $p < 0,05$).

В группе пациентов с ГБ отмечены достоверные прямые корреляционные связи между ИМТ и психологическим доменом шкалы AMS ($r_s = 0,489$, $p < 0,05$), а также величиной окружности талии и выраженностью соматического домена шкалы AMS ($r_s = 0,682$, $p < 0,05$). В группе пациентов без ГБ данных связей выявлено не было.

Выводы. 1. Выраженность симптомов ВАД у молодых мужчин с ГБ значительно выше, чем у практических здоровых мужчин молодого возраста. 2. У молодых больных ГБ выраженность симптомов ВАД, тесно ассоциирована с антропометрическими показателями.

ОСОБЕННОСТИ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ ОЖИРЕНИИ

Кравцова Е.С., 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 железодефицитом.

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 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.

ДИАГНОСТИКА РЕФЛЮКС-ИНДУЦИРОВАННОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТУССОГРАФИИ

Крылова К.А., Овсянников Е.С.

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

Гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) может быть триггером бронхиальной астмы (БА) и ухудшать ее течение.

Цель исследования. Было выявить распространенность ГЭР у астматиков и определить влияние противорефлюксной терапии на течение БА.

Материалы и методы. С помощью спектральной туссофонобарографии, а также 24-часовой рН-метрии в комбинации с туссографией было обследовано 32 больных БА, у которых кашель был ведущим симптомом. Кашель считался вызванным рефлюксом, если уменьшение рН в дистальном отделе пищевода ниже 4 происходило одновременно или в пределах 5 минут до возникновения кашля. Пациентам с достоверно выявленной связью кашля и эпизодов рефлюкса назначалась терапия омепразолом в дозе 40 мг в сутки и домперидоном по 10 мг до еды в течение 8 недель.

Результаты и обсуждение. Из 32 обследованных пациентов 18 (56%) имели пищеводные симптомы ГЭР, а наличие патологического рефлюкса подтверждалось по данным суточной рН-метрии. Среди оставшихся 14 больных, отрицавших пищеводные симптомы ГЭР, данные рН-метрии не соответствовали норме у четырех. У 18 из 22 астматиков с ГЭР в среднем 78% кашлевых толчков (КТ) ассоциировалось с эпизодами рефлюкса. Временно-частотный спектр звука кашля был характерным для больных БА. По окончании 8-недельного курса противорефлюксной терапии 7 пациентов отметили уменьшение кашля, что подтверждалось снижением количества КТ по данным туссографии (в среднем 283 КТ в сутки до начала лечения и 46 – после), а спектр звука кашля приблизился к норме.

Таким образом, у больных БА наблюдается высокая встречаемость ГЭР. С помощью одновременного проведения 24-часовой рН-метрии и туссографии можно достоверно выявить связь эпизодов рефлюкса и кашля. Противорефлюксная терапия эффективна в плане уменьшения или устранения респираторных симптомов у отдельной группы больных БА.

БЕЗОПАСНОСТЬ ВАКЦИН ПРОТИВ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ)

Куликов А.Н., Муравьева Н.В., Белов Б.С.
Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Изучить безопасность вакцин против COVID-19 у пациентов с ревматоидным артритом (РА) в реальной клинической практике.

Материалы и методы. В исследование включен 131 больной РА (женщин 120, мужчин 11, возраст 53.8 ± 13.9 лет, длительность заболевания 11.5 ± 9.2 лет) – основная группа и 121 человек без каких-либо иммуновоспалительных ревматических заболеваний (87 женщин, 34 мужчины, возраст 39.8 ± 14.2 лет) – контрольная группа. 103 пациента получали базисные противовоспалительные препараты (54 – метотрексат, 30 – лефлуномид, 10 – гидроксихлорохин, 8 – сульфасалазин, 1 – мофетила микофенолат), 68 – генно-инженерные биологические препараты (58 – ритуксимаб, 5 – ингибиторы ФНО- α , 4 – абатацепт, 1 – тоцилизумаб), 64 – глюкокортикоиды, 10 – лечение не получали. В основной группе 92 пациента получили Гам-КОВИД-Вак, 21 – Спутник Лайт, 16 – КовиВак, 2 – ЭпиВакКорона (два компонента вакцины получили 110 пациентов). В контрольной группе 91 вакцинированы Гам-КОВИД-Ваком, 16 – КовиВаком, 6 – Pfizer, 5 – Спутником Лайт, 2 – ЭпиВакКороной, 1 – Moderna (два компонента вакцины получили 114 участников). Все участники были опрошены врачом-исследователем с заполнением унифицированной анкеты, дополнительную информацию получали из медицинской документации.

Результаты и обсуждение. Поствакцинальные реакции (местные и системные) наблюдались и в основной группе, и в контрольной группе. После введения первого компонента вакцины только местные реакции (боль/гиперемия/отек в месте инъекции) отмечены у 12.2% больных РА и у 10.7% человек контрольной группы, после введения второго компонента вакцины – соответственно у 9.1% и 11.4% опрошенных (в обеих группах $p > 0.05$). Выявлено значимое различие между двумя группами в частоте боли в месте инъекции без ограничения движений как после первого (24.4% и 40.5%, $p = 0.007$), так и после второго компонен-

та (18.2% и 31.6%, $p = 0.021$). Наиболее частыми системными реакциями были слабость, повышение температуры, боли в мышцах или суставах, головная боль, озноб, которые наблюдались в обеих группах после введения и первого, и второго компонента вакцины. Выявлено значимое различие между основной группой и контрольной группой в частоте лихорадки (16.8% и 39.7%, $p < 0.001$), слабости (26.0% и 38.8%, $p = 0.029$), артралгиями или миалгиями (9.2% и 25.6%, $p < 0.001$) и озноба (6.1% и 24%, $p < 0.001$) после введения первого (но не второго) компонента вакцины. Доля пациентов с местными и системными нежелательными явлениями (НЯ) после введения первого (19.1% и 43.0%, $p < 0.001$) и второго (15.5% и 30.7%, $p = 0.007$) компонентов была значима меньше по сравнению с контролем. После введения двух компонентов вакцины в основной группе выявлен больший процент пациентов без каких-либо НЯ по сравнению с контрольной группой (32.7% и 18.4%, $p = 0.014$). Обострения РА и возникновения новых аутоиммунных феноменов после полной иммунизации не отмечено.

Выводы. Согласно предварительным данным, вакцинация против коронавирусной инфекции характеризуется удовлетворительной переносимостью. Необходимы дальнейшие исследования с целью изучения безопасности, иммуногенности и клинической эффективности иммунизации против COVID-19 у пациентов этой когорты.

БЕЗОПАСНОСТЬ ВАКЦИН ПРОТИВ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ)

Куликов А.Н., Муравьева Н.В., Белов Б.С.
Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Изучить безопасность вакцин против COVID-19 у больных спондилоартритами (СПА) в реальной клинической практике.

Материалы и методы. В исследование включены 47 больных СПА (25 – анкилозирующий спондилоартрит, 13 – псориатический артрит, 9 – недифференцированный СПА, женщин 19, мужчин 28, возраст 42.3 ± 11.6 лет, длительность заболевания 11.8 ± 9.2 лет) – основная груп-

па и 97 человек без каких-либо иммуновоспалительных заболеваний (67 женщин, 30 мужчин, возраст 43.7 ± 13.1 лет) – контрольная группа. 20 пациентов получали базисные противовоспалительные препараты (12 – метотрексат, 8 – сульфасалазин), 10 – генно-инженерные биологические препараты (8 – ингибиторы ФНО- α , 2 – ингибиторы ИЛ-17), 6 – глюкокортикоиды, 1 – тофацитиниб, 12 – только нестероидные противовоспалительные препараты, 8 – лечение не получали. В основной группе 40 пациентов получили Гам-КОВИД-Вак, по 3 – КовиВак и Спутник Лайт, 1 – ЭпиВакКорона (оба компонента вакцины получили 44 пациента). В контрольной группе 69 вакцинированы Гам-КОВИД-Ваком, 15 – КовиВаком, по 5 – Спутником Лайт и Pfizer, 2 – ЭпиВакКорона, 1 – Moderna (оба компонента вакцины получил 91 участник). Все участники были опрошены врачом-исследователем с заполнением унифицированной анкеты, дополнительную информацию получали из медицинской документации.

Результаты и обсуждение. Местные нежелательные явления (НЯ) относительно реже возникали у пациентов со СПА, нежели у лиц контрольной группы. После введения первого компонента вакцины отмечено значимое нарастание частоты боли без ограничения движения и отека/гиперемии в контрольной группе (4.3% и 39.2%, $p < 0.001$ и 2.1% и 14.4%, $p = 0.049$, соответственно), в то время как после введения второго компонента значимое отличие зарегистрировано только для первого указанного симптома (4.5% и 35.2%, $p < 0.001$). Наиболее частыми системными НЯ были слабость, температура, артралгии или миалгии, головная боль, а также озноб, который значимо реже (2.1% и 20.6%, $p = 0.008$) встречался в основной группе после иммунизации первым компонентом. Доля больных СПА без каких-либо реакций была значимо больше после введения первого компонента вакцины (59.6% и 29.9%, $p < 0.001$), в то время как после иммунизации вторым компонентом различий не отмечено (59.1% и 44.0%, $p > 0.05$). После полной иммунизации процент пациентов без каких-либо НЯ было значимо больше в основной группе, чем в контрольной (50.0% и 17.6%, $p < 0.001$). Обострения СПА или развития новых аутоиммунных феноменов в основной группе после полной вакцинации не отмечено.

Выводы. Согласно предварительным данным, переносимость вакцин против COVID-19 у больных СПА удовлетворительная. Необходимы дальнейшие исследования с увеличением выборки для изучения безопасности, иммуногенности и клинической эффективности иммунизации против COVID-19 у пациентов этой когорты.

ТЕЧЕНИЕ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Купкенова Л.М.^{1,2}, Абдулганиева Д.И.^{1,2},
Белоусова Е.Н.¹, Бодрягина Е.С.¹,
Мухаметова Д.Д.¹, Одинцова А.Х.²

¹Казанский государственный
медицинский университет,

²Республиканская клиническая больница,
г. Казань

Коронавирус тяжелого острого респираторного синдрома (SARS-CoV-2) быстро распространился по всему миру, принял характер пандемии. Ведение пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) и COVID-19 представляет сложности для гастроэнтерологов. Риск развития инфекций у данной группы пациентов выше, а также существует необходимость назначения иммуносупрессивных препаратов.

Цель исследования. Оценить особенности течения COVID-19 у пациентов с ВЗК.

Материал и методы. В исследование был включен 81 пациент с диагнозом ВЗК и COVID-19, наблюдавшийся во временном инфекционном госпитале Республиканской клинической больницы (Россия, г. Казань) с апреля 2020 года по декабрь 2021 года. Диагнозы ВЗК и COVID-19 были выставлены в соответствии с национальными клиническими рекомендациями. Пациентам проводились клиническое обследование, объективный осмотр, лабораторные и инструментальные методы диагностики, включая ПЦР-тест на SARS-CoV-2. Пациентам с клиническими признаками среднетяжелого и тяжелого течения COVID-19 – компьютерная томография (КТ) легких. Математическая и статистическая обработка результатов была произведена с помощью программ IBM SPSS Statistics Data Editor version 23, Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. Диагноз ЯК был выставлен 51 (63%), БК – 30 (37%) пациентам. Средний возраст пациентов составил $41,4 \pm 15,2$ лет, из них мужчин – 46 (57%), женщин – 35 (43%). Средняя длительность ЯК составила $7,9 \pm 1,1$ лет, БК – $7,1 \pm 5,8$ лет.

Треть пациентов (32%) имели по крайней мере одну сопутствующую патологию помимо ВЗК. Наиболее распространенными являлись гипертоническая болезнь (ГБ) – 14 (17%), сахарный диабет (СД) – 12 (15%), ХОБЛ – 2 (2,5%), состояние после удаления правой доли легкого по поводу аспергилломы – 1 (1,2%), хроническая болезнь почек – 1 (1,2%).

6 пациентов (42,8%) с сочетанием ВЗК и ГБ имели легкое течение COVID-19, 5 (35,7%) – среднетяжелое течение, 3 (21,5%) – тяжелое течение. 6 пациентов (50%) с СД имели легкое течение, 3 (25%)

– среднетяжелое течение, 3 (25%) – тяжелое течение. Пациенты с заболеваниями легких имели среднетяжелое течение COVID-19. У пациента с ХБП было легкое течение COVID-19.

Наиболее распространенными жалобами пациентов при обращении были дисосмия/дисгевзия – 65 (80%), общая слабость – 62 (77%), лихорадка – 62 (77%), кашель – 53 (65%), диарея – 53 (65%), дискомфорт в брюшной полости – 23 (28%), боль в грудной клетке – 18 (22%), одышка – 14 (17%) и тошнота – 6 (7%).

У 56 (69,1%) пациентов наблюдался COVID-19 легкой степени, у 19 (23,4%) – средней степени тяжести, у 6 (7,4%) – тяжелой степени. Длительность госпитализации составила 7-45 дней. 6 пациентов (7,4%) проходили лечение в отделении интенсивной терапии с проведением искусственной вентиляции легких с последующим летальным исходом.

КТ была проведена 30 пациентам: стадия КТ-0 была выявлена у 2 пациентов (6,7%), КТ-1 – 15 (50%); КТ-2 – 7 (23,3%); КТ-3 – 1 (3,3%); КТ-4 – 5 (16,7%).

Выводы. Течение COVID-19 у больных ВЗК в Республике Татарстан не отличалось от такового в общей популяции пациентов с ВЗК. Более тяжелое течение COVID-19 было отмечено у пациентов с наличием коморбидной патологии. Основной причиной смерти от COVID-19 являлась тотальная или субтотальная пневмония с ОРДС.

ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНТНАЯ АКТИВНОСТЬ ФАГОЦИТОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ КОВИД-19

Лазарева А.М.¹, Коленчукова О.А.^{1,2},
Смирнова С.В.¹, Лаптева Л.В.¹,
Мельтдер В.¹, Бурдин В.¹

¹Научно-исследовательский институт
медицинских проблем Севера
Красноярского научного центра
Сибирского отделения Российской академии наук,
²Сибирский федеральный университет,
г. Красноярск

Число инфицированных COVID-19 во всем мире неуклонно растет. COVID-19 – это новая респираторная инфекция. Возбудитель заболевания, новый РНК-содержащий коронавирус SARS-CoV2, был открыт в конце 2019 года.

Цель. Оценить функциональную активность фагоцитов крови у больных COVID-19. Объекты: больные covid-19 (n=33); контроль (n=36). Диагноз COVID-19 был поставлен на основании положительного ПЦР-теста (мазок из носа) и ИФА-метода на наличие антител М и G в сыворотке крови с исполь-

зованием Architect SARS-CoV-2 IgGandAdviseDx SARS-CoV-2 IgM тест-системы (Architect) (Abbott Laboratories Inc.).

Методы. Фагоциты (нейтрофильные гранулоциты и моноциты) выделяли из периферической крови в градиенте двойной плотности фиколл-урографин (1,077; 1,17 г/см³). Мононуклеарные клетки прикрепляли к пластику. Функциональную активность измеряли с помощью люминола и люцигенин-зависимой хемилюминесценции. Определяли основную и резервную активность (при индукции зимозаном). Были исследованы параметры: время до пика (Tmax), интенсивность (Imax) и площадь под кривой (Smax), индекс активации (IA).

Результаты. Исследование фагоцитов показало снижение Imax (p=0,03), Tmax (p<0,001), Smax (p=0,02) и IA (p<0,001) исходного и индуцированного люминол-зависимого ответа относительно контроля. В люцигенин-зависимой хемилюминесценции нейтрофильных гранулоцитов наблюдается увеличение Tmax исходного и индуцированного ответов (p<0,001) при снижении Imax, Smax и IA. В моноцитах отмечается снижение Tmax, Imax, Smax и AI хемилюминесцентного процесса (p=0,02; p=0,01) относительно контроля.

Заключение. Таким образом, в фагоцитах крови наблюдается снижение интенсивности продукции первичных и вторичных радикалов кислорода на исходном уровне и при индукции антигеном.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНОСИТА И АСПИРИНОВОЙ АСТМЫ

Лазарева А.М.¹, Смирнова С.В.¹,
Коленчукова О.А.^{1,2}, Лаптева А.М.¹

¹Научно-исследовательский институт
медицинских проблем Севера
Красноярского научного центра
Сибирского отделения Российской академии наук,
²Сибирский федеральный университет,
г. Красноярск

Бронхиальная астма является важной социально-экономической проблемой. Особенно трудной в лечении чаще других форм бронхиальной астмы, приводящей к инвалидизации, является аспириновая астма. Установлено, что пусковым фактором аспириновой астмы в 60-70% является полипозный риносинусит.

Цель исследования. Провести сравнительную характеристику иммунологических маркеров при полипозном риносинусите и аспириновой астме.

Материалы и методы. Обследованы больные полипозным риносинуситом – ПРС (n=34) и аспириновой астмой – АА (n=35) в возрасте от 25 до 50 лет. Группу контроля составляли практически здоровые доноры крови ГБУЗ «Красноярского краевого центра крови №1» (n=47), сопоставимые по полу и возрасту. Популяционный и субпопуляционный состав лимфоцитов крови оценивали с помощью проточной цитометрии. Концентрации Ig A, M, G, E, sIgA и IL-2, IL-4, IL-6, IL-10, IFN- γ , TNF α определяли иммуноферментным методом. Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью пакета прикладных программ Statistica 10.0.

Результаты. Исследование клеточного звена иммунитета показало повышение количества CD3⁺ и CD4⁺-лимфоцитов и низкие концентрации CD16⁺ и CD19⁺-лимфоцитов в группе АА относительно ПРС. Так же достоверно снижено фагоцитарное число в группе АА по сравнению с ПРС. При изучении гуморального звена иммунитета показаны низкие концентрации IgG₄ и sIgA в группе АА относительно ПРС. Исследование цитокинового профиля выявило повышение концентрации IL-4, IFN- γ , TNF α и снижение концентрации IL-6 в сыворотке крови в группе АА по сравнению с ПРС.

Таким образом, при аспириновой астме показаны высокое количество Т-клеток за счет высокого содержания цитотоксических клеток на фоне снижения NK-лимфоцитов по сравнению с полипозным риносинуситом. При этом в группе АА наблюдается низкий уровень В-лимфоцитов и как следствие – снижение концентрации иммуноглобулинов IgG₄ и sIgA. Изучение системной концентрации цитокинов показало разнонаправленный дисбаланс концентрации цитокинов: высокое содержание провоспалительных (IFN- γ , TNF α), противовоспалительных (IL-4) и низкие концентрации провоспалительных (IL-6) цитокинов при аспириновой астме по сравнению с группой полипозного риносинусита.

ХАРАКТЕРИСТИКА ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНЦИИ МОНОЦИТОВ КРОВИ ПРИ COVID-19

Лазарева А.М.¹, Коленчукова О.А.^{1,2},
Смирнова С.В.¹, Лаптева Л.В.¹

¹Научно-исследовательский институт
медицинских проблем Севера
Красноярского научного центра

Сибирского отделения Российской академии наук,

²Сибирский федеральный университет,
г. Красноярск

COVID-19 (новая коронавирусная инфекция, SARS-CoV-2) является респираторной инфекцией с

быстрым распространением. Число инфицированных во всем мире неуклонно увеличивается. Наиболее подвержены заболеванию лица старшего возраста, дети зачастую являются бессимптомными переносчиками возбудителя. Гендерных различий не выявлено. Возбудитель заболевания – новый РНК-содержащий коронавирус SARS-CoV2 из одноименного семейства. Был открыт в конце 2019 года. Источник инфекции – больной человек либо бессимптомный носитель.

Цель. Оценить функциональную активность моноцитов крови у пациентов с COVID-19 с помощью хемилюминесцентного метода.

Объекты. Пациенты с covid-19 (n=33). Контрольную группу составили здоровые доноры. Диагноз COVID-19 ставили на основании положительного теста ПЦР, для чего брали мазок из носа. А также подтверждали методом ИФА для оценки наличия антител класса М и G в сыворотке крови тест-системами Architect SARS-CoV-2 IgG and AdviseDx SARS-CoV-2 IgM (Architect) (Abbott Laboratories Inc.).

Методы. Моноциты были выделены из периферической крови в градиенте плотности фиколируографин (1,077 г/см³). Далее адгезировали на пластик. Функциональную активность измеряли с помощью люминол и люцигенин-зависимого хемилюминесцентного анализа. Хемилюминесцентное определение функциональной активности моноцитов базировалось на определении базовой активности (спонтанная реакция) и резервных возможностей клеток (при воздействии специфического индуктора в виде зимозана). Исследовали такие параметры как время выхода на пик, интенсивность и площадь хемилюминесцентной под кривой.

Результаты. Исследование «респираторного взрыва» моноцитов включало оценку интенсивности выработки первичных и вторичных форм кислорода. С помощью хемилюминесцентного анализа, в котором активатором является люцигенин, определяли способность моноцитов к образованию супероксидного аниона (O₂-•) и при активации люминолом – образование общего пула свободных радикалов кислорода. Выявлено снижение времени выхода на пик в базовой и индуцированной (p=0,01; p=0,009) люминол-зависимой реакции. Также наблюдается снижение площади под кривой и индекса активации (p=0,01; p=0,02) по сравнению с контролем. В люцигенин-зависимой хемилюминесценции наблюдается снижение интенсивности процесса (p=0,02; p=0,01) и площади под кривой в спонтанной реакции и индуцированной зимозаном (p=0,02; 0,04) по сравнению с контролем.

Таким образом наблюдается снижение интенсивности выработки первичных и вторичных радикалов кислорода в моноцитах крови на базовом уровне и при индукции антигеном.

ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ

Ласеева М.Г.^{1,2}, Власова Т.И.¹, Ваничкина Е.М.²

¹Мордовский республиканский центр
профилактики и борьбы со СПИД,

²Национальный исследовательский
Мордовский государственный университет
имени Н.П. Огарева,
г. Саранск

Пораженность населения Российской Федерации ВИЧ-инфекцией ежегодно увеличивается. Ранняя диагностика ВИЧ-инфекции представляет значительные трудности, в связи с многообразием клинических проявлений заболевания, протекающего с поражением многих органов и систем. Однако, именно ранняя диагностика ВИЧ-инфекции позволяет своевременно начать антиретровирусную терапию, что позволит остановить прогрессирование заболевания и может служить противозидемическим мероприятием, поскольку пациент с неопределяемым уровнем вирусной нагрузки ВИЧ считается эпидемически не опасным.

Одним из ключевых факторов, позволяющих своевременно диагностировать заболевание, является охват населения тестированием на ВИЧ-инфекцию. Согласно Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2030 года, утвержденной Распоряжением Правительства Российской Федерации 21 декабря 2020 года №3468-р необходимо обеспечить охват медицинским освидетельствованием на ВИЧ-инфекцию не менее 30% населения.

В Республике Мордовия в 2017 году охват населения обследованием на ВИЧ-инфекцию составил 22,8%, в 2018 году – 25,6%, в 2019 году – 28,4%. При этом, показатель заболеваемости в республике в 2017 году составил 24,2 на 100 тысяч населения, в 2018 году – 21,9 на 100 тысяч населения, в 2019 году – 21,4 на 100 тысяч населения. Однако, на ранней стадии заболевания (2 А-В) выявлено в 2017 году – 32,4% пациентов, в 2018 году – 28,3%, в 2019 году – 25,1%.

В марте 2020 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) объявила о начале пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19) и во всем мире начали внедрять строгие ограничительные мероприятия, в том числе «локдаун», что, безусловно, оказало влияние на уровень охвата населения тестированием на ВИЧ-инфекцию. В 2020 году в Мордовии на ВИЧ было протестировано 24,5% населения, заболеваемость снизилась до 13,9 на 100 тысяч населения. В 2021 году, на

фоне не столь строгих ограничительных мероприятий по COVID-19 удалось обследовать 26,5% населения республики, заболеваемость осталась на прежнем уровне. На ранних стадиях заболевания выявлено в 2020 году – 26,6% пациентов, в 2021 году – 23,2%. Таким образом, снижение охвата населения тестированием на ВИЧ-инфекцию и снижение заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Республике Мордовия в период действия ограничительных мероприятий по новой коронавирусной инфекции не сопровождалось значимой динамикой в ранней диагностике ВИЧ-инфекции. Важно подчеркнуть, что необходимо активно проводить учебные мероприятия для всех медицинских работников по вопросам ранней диагностики ВИЧ-инфекции.

КОММУНИКАТИВНОЕ УСЛОВНО ПАТОГЕННОЕ МИКРОБИОЦЕНОЗНОЕ ТЕЛО КАК ПОДХОД К ПОИСКУ НОВЫХ ПРО/ПОСТБИОТИЧЕСКИХ МЕТАБОЛИТОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ТЕРАПИИ БОЛЕЗНЕЙ

Лахтин В.М., Лахтин М.В., Давыдкин В.Ю.,
Мелихова А.В., Давыдкин И.Ю.

Институт эпидемиологии и микробиологии
имени Г.Н. Габричевского,
Москва

Распространение микробных патогенов в организме на фоне низкой эффективности антибиотиков является важной задачей противодействия.

Цель исследования. Суммировать собственные данные о сигналинге в условно патогенном микробном коммуникативном теле (УПМКТ) микробиоценоза (стафилококкового, дрожжеподобного, смешанного).

Материалы и методы. Систематизация наших данных по материалам публикаций в 2009-2021 гг.

Результаты. В основе представлений о сигналинге в УПМКТ лежат аргументы, положения и стратегии: *ранняя (дни) способность прерывисто-посевного УПМКТ к обмену сигналами; *наличие в УПМКТ градиентов возрастания числа слоев, их веса и высоты от периферии к центру (центральная область – максимально резистентная к противомикробным препаратам); *во время стресса проявляются сигналы УПМКТ: центростремительные-центробежные; «лево-право», по периметрам УПМКТ; «верх-низ» в мультислое, порах и гелевой гидрофильной среды; связанные с высокой метаболической активностью в периферических областях УПМКТ (области границы – максимально

чувствительные зоны сигналинга, обмена сигналами); быстродействующие (автоматические защитные ответы на периферии УПМКТ микрогриба) и замедленные (во внутренних областях УПМКТ; в отношении действий по передислокации УПМКТ); *наличие сигналинга «стресс (физическое [температурное, световое, частотное], химическое, биохимическое, пищевое возбуждение в окружении УПМКТ) – покой (консервация)»; *наличие мультислоев УПМКТ, защищенных в результате: достройки, перестройки, в том числе увеличения, наращивания и/или консервации; *уязвимость УПМКТ, обусловленная неоднородностью ландшафта УПМКТ; *амплификация сочетаний «Лакуна/выемка/лунка-Вал/мультислой» в УПМКТ микрогриба: уязвимость такого «параостровкового» статуса УПМКТ на фоне сети лакун, доступных противомикробным и другим сигналам; использование механизма «Лакуна-Вал» в управлении распределения автолиза и/или апоптоза на территории УПМКТ; *моноцентричность УПМКТ микрогриба (поддержка стратегии УПМКТ на репарацию – зарастание лакун при мультицентричности путем синхронного межфазного разрастания нижних слоев мультицентров в лакуны); *усиление смешанного микрогрибкового УПМКТ (дрожжеподобного и аспергиллового) территориально, по устойчивости к лизису, в отношении защиты от бактериальных УПМКТ; *наличие диагностико-прогностически значимого «скелета» УПМКТ, в том числе, в зависимости от присутствия про/постбиотических сигналов, например, распознающих гликоконъюгаты метаболитов (лектинов и постбиотиков) бифидобактерий и лактобацилл.

Выводы. Представления о сигналинге в связи с функционированием УПМКТ важны и перспективны для: оценки диагностико-прогностического статуса микробиоценоза мукозальных биотопов; понимания потенциала УПМКТ как единого целого при распределении в организме человека по метаболическим осям; установления новых эффективных против УПМКТ про/пре/пост/синбиотических метаболитов, их комбинаций и лекарств.

ДИНАМИКА ПАТОЛОГИЙ У ПАЦИЕНТОВ 65+ В СВЯЗИ С ВОЛНАМИ ПАНДЕМИИ COVID-19

Лахтин В.М., Лахтин М.В., Давыдкин В.Ю.,
Комбарова С.Ю.

Институт эпидемиологии и микробиологии
имени Г.Н. Габричевского,
Москва

Цель. Провести итоговый анализ патологий пациентов 65+ в связи с волнами COVID-19 в 2020-2021 гг.

Материалы и методы. Концептуальное развитие данных собственных публикаций 2020-2021 гг.

Результаты. Проведен обобщенный анализ динамики патологий контактирующих с внешней средой и других физиологически важных макросистем пациентов 65+ в связи с волнами пандемии COVID-19: до и после вакцинации и ревакцинации от COVID-19, с бессимптомным течением болезни.

Наблюдаются: *ускоренное модулирующее влияние волн: устраняющее (распространенное в меньшей степени) и/или усиливающее (в подавляющих случаях) патологии в периоды волн; кратковременное «прострельное»/ «зашкаливающее» проявление гиперчувствительности сенсорных контактных макросистем (слухового аппарата, кожи); *дальнейшее импульсивное соответствующее периодам волн развитие имеющихся патологий; развитие первичных/ранних патологических изменений как множественных, «вширь и вглубь», одновременно и параллельно на примерах кожи, глаз, слухового аппарата; (на примерах кожи, глаз, слухового аппарата); *прогресс одних, консервация других и проявление новых патологий у пациентов с бессимптомным течением COVID-19; *ускоренные процессы старения (выпадение волос на голове, темные пятна пигментации и бугристость кожи на щеках). На основании наблюдений предложена классификация синдромов пациентов 65+ в виде ранжированных рядов типов патологий по времени проявления/выявления, выраженности и доминированию, степени и виду остаточной консервации, появлению новых типов, смешанным признакам и параметрам. Например, ранжированные ряды в порядке проявления и акцентирования у пациентов патологий макросистем (в скобках - признаки): пациент-1: кожа (первичные и вторичные паттерны, сверхчувствительность в местах первичных расчесов без видимых изменений) – глаза (набор признаков для обоих глаз, глаз с осложненной катарактой) – слуховой аппарат (частичные амплитудная и частотная потеря слуха) – головной мозг (боли в затылочной области, глазах, с перескоками «лево-право») – ревматический синдром (на фоне остеохондроза в шейной и тазовой областях, мышечные боли по всему телу) – почка (появление новой кисты, рост кист) – легкие (соответствующее волнам обострение бронхита с усилением отделения слизи, периодическое чихание; в январе 2022 г. - сходные с действием штамма «омикрон» и ОРВИ першение в горле 2 дня на фоне «горячей кожи» с переходом в заложенность носа – следующие 3 дня, спустя 2 месяца после ревакцинации от COVID-19); пациент-2: легкие (возникший в 1-ю волну фиброз, постоянный усиливающийся в

периоды волн сухой глубокий кашель, в том числе в периоды после вакцинации и ревакцинации от COVID-19) – кожа (первичные кратковременные, а также пролонгированные после косметических масок пятна красноты на лобных пазухах) – щитовидная железа (регистрация мелких конгломератов) – глаза (повторяющиеся покраснения всей оболочки, рези, усиление видимости сети сосудов, временное повышение внутриглазного давления) – молочная железа (обострение поликистоза). Предложена концепция прогрессирующего накопления в организме ошибок (на фоне их частичной обратимости) функционирования физиологически важных макросистем в периоды всех 5 волн пандемии COVID-19, что повышает риск индивидуума заболеть COVID-19.

Выводы. Предложенная концепция появления и развития патологий и болезней у пациентов в связи с COVID-19, приведенные данные, подходы к классификации связанных с COVID-19 патологических синдромов имеют диагностико-прогностическое значение. Они помогут в интегрированной оценке сопровождающих COVID-19 патологий. Результаты указывают на необходимость углубленной диспансеризации пациентов 65+, в том числе перенесших COVID-19 бессимптомно.

ПОСТБИОТИКИ ПРОТИВ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ С ДЕЙСТВИЕМ ВДОЛЬ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ОСЕЙ

Лахтин В.М., Лахтин М.В., Мелихова А.В.,
Давыдкин И.Ю., Давыдкин В.Ю.

Институт эпидемиологии и микробиологии
имени Г.Н. Габричевского,
Москва

Цель. На основании собственных и других публикаций (2019-2021 гг.) систематизировать профилактические и терапевтические перспективы постбиотиков (ПБ).

ПБ широко используются как иммуномодуляторы, противовоспалительные агенты, протекторы широкой антиинфекционной направленности, стабилизаторы метаболизма мукозальных биотопов и связанных с ними метаболическими осями печени, мозга, легких и других органов и тканей, а также популяций клеток с защитными и коммуникационными свойствами врожденного иммунитета. ПБ действуют системно, взаимно дополняя друг друга синергистически и каскадно, а также как вспомогательные и поддерживающие в сочетании с лекар-

ствами и другими традиционными эффекторами. ПБ действует вдоль метаболических осей как защитные факторы. Они пролонгируют действие лекарств и поддерживают статус здоровья через метаболические оси, функционально соединяющие микробиоту кишечника с другими органами и тканями. На текущий момент охарактеризован широкий спектр болезней, патологий и инфекций, для которых описано действие ПБ. Профилактическое и терапевтическое действие ПБ направлено против кишечных инфекций, простейших паразитов, туберкулеза, варьирующих гепатитов и опухолей, дерматитов, нарушений жирового обмена, нейродегенеративных болезней и других известных патологий. Перспективны разработки применения ПБ против групп первичных и/или вторичных заболеваний и патологий. Отмечены направления и тенденции современных исследований ПБ, связанных с медицинской биотехнологией, в том числе предусматривающих полезность ПБ и в связи с вопросами вакцинации. К новому направлению исследования и применения ПБ относится изучение распознающих и связывающих гликоконъюгаты (ГК) ПБ с множественным профилактическим и терапевтическим потенциалом. Приведенные данные указывают на перспективность применения ПБ с профилактической целью и в сопроводительной терапии. Мишенями ПБ могут быть и сами метаболические оси (их перераспределение в сети интерактома и вклад). Пробиотические микроорганизмы, а также имитирующие их пробиотические лектины, являются перспективными источниками новых синергистических метаболитно-клеточных наборов ПБ против групп инфекций, патологий и болезней.

Выводы. 1. ПБ действуют в организме в рамках единого про/пост/синбиотического компартмента, функционирующего как сеть метаболических осей с мультисторонним движением. 2. ПБ являются перспективными как системные реагенты: прямо и/или косвенно влияющие на обратимость болезней и патологий, как ингредиенты профилактических и лечебных смесей, компоненты функционального питания (лечебного и детского). 3. Перспективны ПБ-содержащие комбинированные синергистические комбинации, в том числе с лекарственными препаратами. 4. Перспективны профилактические и терапевтические ПБ, распознающие ГК, которые можно отнести к новому классу физиологически активных агентов различной организации и сборки, широкомасштабно взаимодействующие с системами организма в сетях. 5. Перспективны разработки синтетических ПБ с известными структурой и действием в узлах коммуникационной сети каскадных реакций. 6. Участие ПБ в функционировании интерактома организма в метаболических осях «Кишечник-Не кишечник (легкие, кожа, мозг, другое)» предполагает

обратное влияние конечных инстанций, что является ключом к выявлению и исследованию новых факторов состояния здоровья индивидуумов, пациентов и населения. 7. Вклад типов метаболические осей, их диагностико-прогностическую роль возможно маркировать ПБ-содержащими системами метаболитов.

ОСОБЫЕ ФОРМЫ ИБС: МИКРОВАСКУЛЯРНАЯ СТЕНОКАРДИЯ

Леонова И.А., Болдуева С.А., Захарова О.В.,
Ярмош И.В.

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

В современных рекомендациях, посвященных ведению пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), выделяют особые формы, такие как микроваскулярная стенокардия и вазоспастическая стенокардия.

В иностранных публикациях обе формы ИБС относят к так называемой INOCA – ишемии без обструкции коронарных артерий: у пациентов имеются клинические и инструментальные признаки ишемии миокарда, однако, при выполнении инвазивной коронарографии определяются неизмененные или малоизмененные (стеноз менее 50%) коронарные артерии. Ишемия миокарда может быть обусловлена как динамическим спазмом эпикардиальной коронарной артерии в случае вазоспастической стенокардии, так и микроваскулярными расстройствами у пациентов с микроваскулярной стенокардией.

Согласно современным представлениям диагноз микроваскулярной стенокардии не может быть установлен без доказательств микроваскулярной дисфункции, которая может быть связана как с нарушениями эндотелий-зависимой, так и эндотелий-независимой вазодилатации. Нарушения эндотелий-независимой вазодилатации обусловлены, преимущественно, повышением тонуса сосудов микроциркуляторного русла – преартериолы, артериолы. Нарушение эндотелий-независимой вазодилатации обычно диагностируется при измерении коронарного резерва кровотока (КРК) или индекса минимального микроциркуляторного сопротивления (обратная величина). КРК может быть измерен неинвазивно – трансторакальная доплер-ЭхоКГ (кровоток в левой передней нисходящей коронарной артерии), МРТ сердца (оценивается миокардиальный индекс перфузии), ПЭТ миокарда с функциональными пробами – тест с

аденозином. Микроциркуляторное сопротивление измеряется при катетеризации КА, при этом оценивается внутрикоронарное давление, показатели, полученные при использовании метода термодилуции (расчет индекса микроциркуляторного сопротивления) или доплеровской скорости потока (расчета гиперемического микрососудистого сопротивления). Критерием наличия нарушения эндотелий-независимой вазодилатации являются индекс микроциркуляторного сопротивления ≥ 25 ед. или КРК $< 2,0$. КРК и индекс микроциркуляторного сопротивления измеряются с применением фармакологических гиперемических агентов, аденозин и в нашей стране, ввиду отсутствия аденозина – аденозинтрифосфат (АТФ).

Нарушения эндотелий-зависимой вазодилатации определяется путем оценки эндотелиальной функции на уровне коронарной микроциркуляции с использованием селективного интракоронарного введения ацетилхолина. При наличии эндотелиальной дисфункции – нарушении эндотелий-зависимой вазодилатации происходит парадоксальный микрососудистый спазм, что может приводит как к появлению ангинозных болей, так и ишемическим изменениям на ЭКГ и снижению скорости коронарного кровотока, которое выявляется при доплеровском измерении. К сожалению, ацетилхолин отсутствует в нашей стране, поэтому проведение данного теста невозможно.

На основании результатов интракоронарного тестирования – тест с аденозином и ацетилхолином можно разработать подход к дифференцированному, патогенетически-обоснованному лечению пациентов с микроваскулярной стенокардией.

ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Лесных М.В., 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 трудовых 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 предсер-

дий (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 выборок (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.

ОСОБЕННОСТИ ДИФфуЗИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕБОЛЕВШИХ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19

Лисянская В.Е., Потанин А.А., Скворцова Р.Д.

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

Цель исследования. Оценить функцию внешнего дыхания (ФВД) у пациентов, поступивших на восстановление после перенесенной новой коронавирусной инфекции и сопоставить с данными компьютерной томографии легких.

Материалы и методы. В исследование включено 173 пациента, проходивших постковидное обследование в Первом СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова через 3-5 месяцев после перенесенной вирусной пневмонии. Мы оценили результаты бодиплетизмографии и диффузионной способности легких (ДЛСО), входящие в комплексное исследование ФВД. Всем пациентам выполнялась компьютерная томография органов грудной полости (КТ ОГП).

Результаты. По результатам исследования было выявлено, что у 68 (39,3%) больных ДЛСО составила менее 70% от должной величины (по Клементу Р.Ф. и соавт., 1986 г.). У остальных 105 пациентов ДЛСО была в норме. Выявленные нарушения были сопоставимы с данными КТ ОГП. Чем больше был процент поражения легочной ткани, тем ниже была ДЛСО ($r=-0,423$, $p<0,001$) и тем ниже был остаточный объем легких ($r=0,218$, $p=0,008$).

Выводы. По результатам нашего исследования, мы можем сделать вывод о том, что снижение диффузионной способности легких напрямую определяется степенью тяжести поражения легочной ткани при коронавирусной инфекции, а изолированное снижение остаточного объема легких может указывать на формирующиеся рестриктивные изменения.

К РЕЗУЛЬТАТАМ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ АЛЛЕЛЕЙ И ГЕНОТИПОВ ПОЛИМОРФИЗМА G/A ГЕНА FGB У БЕРЕМЕННЫХ С СИНДРОМОМ ОГРАНИЧЕНИЯ РОСТА ПЛОДА

Мавлянова Н.Н., Аслонова М.Ж.

Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр
акушерства и гинекологии,
Ташкент, Республика Узбекистан

Основными клиническими проявлениями синдрома ограничения роста плода (СОРП) являются хроническая гипоксия плода; преждевременное старение (созревание) плаценты; недостаточная прибавка массы тела беременной; угроза прерывания беременности; преждевременные роды; анте- и интранатальная гибель плода. При этом ведущую роль в развитии СОРП занимает преэклампсия (ПЭ). Поиск генетических факторов развития синдрома представляет важное значение в исследовании механизма развития заболеваемости.

Цель исследований. Оценка частоты выявляемости аллелей и ассоциации полиморфизмов гена гемостаза и фибринолиза – FGB у беременных с синдромом ограничения роста плода.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 108 беременных в возрасте от 20 до 45 лет, наблюдавшихся на базе клиники РСНПМЦ АиГ МЗ РУз. У всех беременных проводили клинические, инструментальные, функциональные и молекулярно-генетические, статистические исследования.

Результаты исследования. Среди 108 беременных 93 составили беременные с акушерскими осложнениями – СОРП, что составило 86,1% случаев и 15 – соматически здоровые женщины с физиологическим течением беременности, которые составили контрольную группу. Результаты молекулярно-генетических исследований показали, что в анализ частот распределения аллелей гена фибринолиза FGB среди 186 образцов ДНК у 93 беременных в 78,5% случаев выявило наличие нормального аллеля G и в 21,5% случаев – аллеля A соответственно ($\chi^2=2.7$; $P=0.09$).

Тогда как, в контрольной группе у 15 беременных без СОРП частота встречаемости нормального аллеля G гена FGB составило 90%, тогда как мутантного аллеля A гена FGB составило 10% соответственно.

Результаты исследования показали, что распределения генотипов G/A гена FGB между группами беременных без и с СОРП показали отличительные особенности. Так, в группе беременных с

СОРП гетерозиготные генотипы G/A выявлялись у 26/93 (27,9%) беременных, что в 4,2 раз превышало показатели у беременных без СОРП (у беременных без СОРП – 1/15 (6,6%). Тогда как, мутантные генотипы A/A в группе беременных с СОРП выявлено у 7 пациенток, что составило 7,5% (7/93) против 2,3% (1/15) соответственно.

Анализ частоты распределения генотипов по PХВ полиморфизма гена FGB в основной группе беременных с СОРП показали, что наблюдаемая частота генотипов G/G встречалась в 64,5%, гетерозиготные генотипы G/A – 27,9% и гомозиготные – A/A – 7,53% соответственно, тогда как ожидаемая частота генотипов группы G/G и гетерозиготная G/A – встречались 61,6% и 33,7% соответственно, а A/A – в 4,6% случаев. Для Pe 105Val гена FGB в группе беременных с СОРП эмпирическое (H_{obs}) распределение генотипов соответствует теоретически ожидаемому (H_{exp}) при PХВ ($p>0.05$).

Выводы. Анализ полученных результатов показывает, что распределение всех генотипов полиморфизма G/A гена FGB в группе беременных с СОРП и контроля здоровых лиц соответствует PХВ. Изучение генетической структуры данного маркера, выявило сравнительно высокий уровень ожидаемой мутантности в основной группе беременных с СОРП по отношению группе без СПП (33,7% и 18,0% соответственно.). При мутации данного гена повышается концентрация в плазме крови белка фибриногена, из-за чего идет повышенное тромбообразование.

АНАЛИЗ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОТИПОВ ГЕНА C/T ГЕНА ITGA2-A2 (PLAN) У БЕРЕМЕННЫХ

Мавлянова Н.Н., Аслонова М.Ж.

Республиканский специализированный
научно-практический медицинский
центр акушерства и гинекологии,
Ташкент, Республика Узбекистан

По данным Всемирной организации здравоохранения в последние годы проблема синдром потери плода (СПП) остаются важнейшей медицинской и социально-экономической проблемой. По данным статистики высокий показатель антенатальной потери плода среди мертворожденных детей составляет 77,9%.

Согласно литературным данным при изучении этиологии и патогенеза СОРП необходимо учитывать генетические факторы предрасположен-

ности, которые обуславливают возникновения ряд патологических состояний при взаимодействии со средовыми факторами, характеризующиеся иммунологическим нарушениями, эндокринопатий, нарушением эндотелиальной системой, в частности с тромбофилий и др.

Цель исследования. Оценка выявляемости гена ITGA2- α 2 «эндотелиальной дисфункции» при фетоплацентарной недостаточности.

Материал и методы исследования. Обследовано 80 беременных в сроки гестации с 8-36 недель: 40 женщины с физиологически протекающей беременностью и своевременными родами, наблюдавшиеся с ранних сроков гестации в женских консультациях г. Бухары (контрольная группа), и 40 беременных с фетоплацентарной недостаточностью. (ФПН). У всех беременных проводили клинические, функциональные и молекулярно-генетические и статистические методы исследования.

Результаты исследования. Результаты молекулярно-генетических исследований показали, что в контрольной группе с физиологическим течением беременности выявляемость ассоциации полиморфизма благоприятных генотипов С/С составило 92,5% случаев (37/40) в 28,6% случаев, гетерозиготных генотипов С/Т – в 7,5% случаев (3/40), что в 12,3 раза было ниже по сравнению с показателями генотипов С/С соответственно ($P < 0,05$). Тогда, как в группе беременных с СОРП выявляемость ассоциации полиморфизма благоприятных генотипов С/С составило 90% (36/80), а гетерозиготных вариантов генотипов С/Т выявлялся в 10% случаев (4/80) соответственно. Полученные данные свидетельствовали о том, что гетерозиготный вариант С/Т в 1,3 раза превышал показателей контрольной группы.

Анализ полученных молекулярно-генетических результатов исследования показывает, ассоциация полиморфизма С/Т гена ITGA2- α 2 с риском развития синдрома ограничения роста плода достоверная. ($\chi^2=0.2$; $P=0.7$;) Т.е, по предварительным данным, функционально неблагоприятный аллель Т полиморфизма С/Т гена ITGA2- α 2 не является значимым детерминантом повышенного риска развития синдрома ограничения роста плода в популяции Бухарской области. ($P > 0.05$).

Выводы. Таким образом, анализ полученных результатов молекулярно-генетических исследований гена ITGA2- α 2 свидетельствует о том, что у беременных наиболее часто выявляется ассоциация полиморфизмов благоприятных генотипов С/С гена ITGA2- α 2 – 81,3% (73/80), ассоциация гетерозиготных вариантов С/Т – выявлялся – в 8,7% случаев, тогда как гомозиготные варианты Т/Т – в наших случаях не выявлялся.

ТЕЧЕНИЕ ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Мавлянова Ш.З., Есионова Е.В.

Специализированный
научно-практический медицинский центр
дерматовенерологии и косметологии,
Ташкент, Республика Узбекистан

Вульгарная пузырчатка – это аутоиммунное заболевание с образованием интраэпидермальных пузырей, поражающее кожу и слизистые оболочки. Заболевание опосредуется циркулирующими аутоантителами, направленными против поверхности клеток кератиноцитов. Вульгарная пузырчатка – наиболее частая форма пузырчатки, встречающаяся более чем в 70% случаев. Потенциально опасное для жизни заболевание, смертность от него составляет примерно 5-15%.

Возникновение и течение пузырчатки возникают на основе взаимодействия между генетической предрасположенностью и различными пусковыми факторами.

Первичное поражение вульгарной пузырчатки представляет собой вялый волдырь, заполненный прозрачной жидкостью, который возникает на здоровой коже или на эритематозной основе.

Пациенты с вульгарной пузырчаткой могут иметь поражение только слизистой оболочки, а у некоторых – поражение как слизистой, так и кожи. У большинства пациентов слизистая оболочка полости рта является местом начала заболевания, тогда как кожное поражение обычно возникает позднее. Чаще всего заболевание характеризуется болезненными эрозиями, эрозиями с беловатым экссудатом и эритематозными пятнами, обычно локализующимися на деснах и слизистой оболочке щек. Также могут быть затронуты другие области слизистой оболочки, носовая полость, гортань (надгортанник, голосовые связки), ротоглотка, пищевод, влагалище, вульва, половой член и задний проход. Присутствуют носовые кровотечения и охриплость голоса из-за поражения носа, глотки и гортани. Слизистая оболочка половых органов является одним из частых участков поражения после слизистой оболочки полости рта.

Цель исследования. Проанализировать течение вульгарной пузырчатки у 22 пациентов.

Материалы и методы. В клиническое исследование были включены 22 пациента с вульгарной пузырчаткой, поступившие в дерматологическое отделение РСНПМЦДВиК МЗ РУз. В настоящем исследовании, средний возраст составлял $43,5 \pm 6,5$ лет. У 9 пациентов была ремиссия в течение 1 года, у 9 пациентов – до 5

лет, у 4 пациентов – свыше 5 лет. Продолжительность заболевания у пациентов составила от 3 до 22 лет. Факторов, провоцирующих рецидивы, не выявлено.

Результаты и обсуждения. В общей сложности у 31% пациентов наблюдалась кожно-слизистая обыкновенная пузырчатка, а у 69% – поражение кожи на животе. Симптом Никольского демонстрировал положительную реакцию. Диагноз был установлен на основании обнаруженных клеток Тцанка и характерных клинических симптомов, чувствительность и специфичность которых для пузырчатки составила соответственно 85,0% и 83,33%. Цитодиагностика используется для быстрой диагностики множества кожных заболеваний, таких как вульгарная пузырчатка.

Выводы. Современная диагностика должна быть разработана не только для диагностики заболевания и контроля течения, но и для прогнозирования возможных обострений и осложнений заболевания.

ИННОВАЦИОННАЯ В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Мавлянова Ш.З., Махсудов М.Р., Муминова С.Р.,
Мирзакулова Ш.Н., Закиров Б.Д.
Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр
дерматовенерологии и косметологии,
Ташкент, Республика Узбекистан

В практической дерматологии поиск новых возможностей в терапии наружного действия у больных с кожными заболеваниями представляет актуальную проблему, так как является ведущим звеном лечебных мероприятий.

Цель исследования. Оценка клинической и микробиологической эффективности наружной терапии у больных с атопическим дерматитом на основе использования дерматологического беля «dermodess».

Материал и методы исследования. Нами обследованы 67 больных с атопическим дерматитом в возрасте от 15 до 42 лет. Среди них лица мужского пола составили – 30 и женского – 37. Всем больным назначали наружную терапию согласно стандартам терапии с использованием противовоспалительных топических кортикостероидов учетом состояния микробиоты кожи. Инновационный способ наружной терапии характеризовался одеванием дерматологического беля «dermodess» (рубашка, бахилла, перчатки, шортик) после всprysкивания активизированного кремнистого раствора «фатидерм+» или смазывания противовоспалительных мазей (ТПКС) с учетом площади кожно-патологического процес-

са. У всех больных проводили клинические, микробиологические и статистические исследования. Для оценки динамики рассасывания кожно-патологического процесса у больных АД больные были разделены на 2 группы: I – группа – 32 больных с АД, получавшие инновационную наружную терапию с использованием дермобеля «dermodess» в сочетании применения наружных растворов и мазевых средств и II – группа 35 больных АД, получавшие стандартную наружную терапию без дермобеля.

Результаты исследования. Результаты клинического наблюдения показали, что наружное лечение с применением дерматологического беля «dermodess» способствовало эффективному рассасыванию кожно-патологического процесса у больных основной группы АД, что способствовало снижению индекса ДИШС в 4,4 раза и в среднем составило 5,7+0,05 баллов, что в 1,5 раза превышал показатели контрольной группы, где индекс ДИШС в среднем составил 8,4+0,2 баллов ($P<0,05$).

У I – группы степень колонизации снижался в 4,3 раза и в среднем составило 14,1+0,6 КОЕ/см² КОЕ/см², тогда как в контрольной группе больных без беля «dermodess» данный показатель в среднем составил 23,2+0,5 КОЕ/см², что в 1,6 раз превышал показатели ($P<0,05$). Полученные данные имели статистически достоверный характер ($P<0,05$).

Выводы. Использование дерматологического беля способствовало более заметному негативации условно-патогенных микроорганизмов в очагах поражения, что статистически достоверно отразилось в показателях в степени колонизации. Видимо, сухой остаток кремнистых элементов SiO₂ в беле также способствовало улучшению лабораторных показателей.

КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА

Мавлянова Ш.З., Муминова С.Р.,
Мирзакулова Ш.Н., Алимухамедова Ю.А.
Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр
дерматовенерологии и косметологии,
Ташкент, Республика Узбекистан

Атопический дерматит (АД) до сих пор является глобальной проблемой XXI – века, ввиду своей неуклонным ростом среди населения, особенно среди детского возраста, а также и проявлением заболеваемости среди пациентов взрослого контингента. Изучение клинического атопического дерматита

имеет важное значение в тактике определения оптимальных методов терапии.

Цель исследования. Оценка клинического течения атопического дерматита в условиях жаркого климата Узбекистана с учетом микробиологического статуса кожи.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 234 больных с атопическим дерматитом в возрасте от 1 до 18 лет. Среди них мальчики составили – 102 (43,6%) и девочки – 132 (56,4%). У всех больных проводили клинические (индекс SCORAD) и микробиологические, ПЦР исследования на генотипирования стафилококков и статистические исследования.

Результаты исследования. По клинической форме 56 (23,9%) больных отмечали эритематозно-сквамозную форму, 37 (15,8%) – эритематозно-сквамозную с лихенификацией, 65 (27%,7) – лихеноидную, 42 (17,9%) – экссудативную форму и 34 (14,5%) – отмечали пруригинозную форму. По степени тяжести с легкой степенью до 50 баллов составили – 54 (23,1%), средняя тяжести до 70 баллов – 123 (52,6%) и тяжелая степень тяжести – 57 (24,4%). У детей АД со средней и тяжелой степенью тяжести у 67 (28,6%) больных на коже очагов поражения на ПЦР-исследования был выявлен генотип *st.aureus* – MRSA, и генотип MSSA – был выявлен – у 43, что составило 18,4% случаев. Степень колонизации *st.aureus* при тяжелой степени тяжести в среднем составило 123,5±2,1 КОЕ (при норме 17,2±1,1 КОЕ, $P<0,05$). При средней степени тяжести колонизации в среднем составляло 112,5±6,5 КОЕ, что в 6,5 раз превышал показателей контрольной здоровой группы. Тогда при легкой степени тяжести степень колонизации в среднем составил 54,2±3,5 КОЕ ($P<0,05$).

Выводы. Полученные результаты свидетельствует о том, что у детей АД со средней и тяжелой степени тяжести рост выявляемости генотипов *st.aureus* – MRSA и MSSA с высокой колонизацией, что обуславливает развитие оппортунистической формы бактериальной инфекции кожи у больных АД.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В СОЧЕТАНИИ С АНЕМИЕЙ

Магирко А.Е., Овсянников Е.С.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

В настоящее время хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одним из распростра-

ненных и прогрессирующих заболеваний сердечно-сосудистой системы. На сегодняшний день ряд авторов выделяют анемию, как одно из немаловажных коморбидных заболеваний у пациентов с хронической сердечной недостаточностью. 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±7,5 лет. 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 1 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.

Результаты исследования. Нами были получены данные, что анемия чаще выявляется у пациентов с ХСН более старшего возраста 65,9±7,8 лет ($p=0,024$). 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±1,7 баллов, а психологическое в 51,7±5,3 балла ($p=0,001$). 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%) боль-

ных 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.

МЕСТО ПНЕВМОНИИ В ОЦЕНКЕ ПРИЧИН СМЕРТИ ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЙ РЕАНИМАЦИИ ДО НАЧАЛА ПАНДЕМИИ COVID-19

Мазуренко М.С.¹, Семиголовский Н.Ю.^{1,2},
Мазуренко С.О.^{1,3}, Иванов И.Г.^{1,3}, Ермолаева Л.Г.¹
¹Санкт-Петербургский государственный университет,
²Северо-западный окружной научно-клинический
центр имени Л.Г. Соколова,
³Городская больница
Святого Великомученика Георгия,
Санкт-Петербург

Цель исследования. С начала пандемии COVID-19 пневмония остается одной из важнейших причин высокой смертности. Однако пневмонии и до начала известной эпидемии нередко отягощали состояние пациентов, получавших лечение в отделениях реанимации. В исследовании поставлена цель – изучить возрастные, половые характеристики и результаты патологоанатомического исследования пациентов в тяжелом состоянии и умерших в отделениях реанимации и определить место пневмонии в оценке причин их смерти.

Материалы исследования. Выполнено ретроспективное сплошное исследование историй болезней и результатов патологоанатомического вскрытия пациентов, поступивших в течение двух месяцев 2018 года в больницы скорой помощи Санкт-Петербурга, но умерших в результате тяжести общего состояния. Исследуемую группу составили 92 пациента (34 мужчины и 58 женщин) в возрасте от 51 до 95 лет (средний возраст $77,3 \pm 10,8$ лет).

Результаты и обсуждение. В исследованной группе количество пациентов женского пола (58) значительно преобладало над пациентами мужского (34). Также средний возраст умерших женщин ($80 \pm 9,3$ лет) был больше среднего возраста пациентов мужского пола ($72,6 \pm 11,7$ лет), $p < 0,001$. Срок пребывания в больнице от момента поступления колебался от 1 до 35 суток, и в среднем составил $9,6 \pm 7,5$ суток. Достоверной разницы в пребывании мужчин и женщин в стационаре не обнаружено. Также не обнаружено достоверной корреляции между возрастом пациентов и длительностью пребывания (выживания) в стационаре. Но внимание обращала на себя тенденция: максимальные сроки в стационаре пребывали пациенты в возрасте от 71 до 80 лет, худшие показатели демонстрировала самая молодая группа пациентов от 51 до 60 лет и самая пожилая – от 91 года и старше. У большинства пациентов (69,6%) в качестве основного диагноза фигурировали заболевания сердечно-сосудистой системы, в сочетании с сахарным диабетом 2 типа (17,4%) или без него. У 15% пациентов были выявлены онкологические заболевания. Основными причинами смерти изученных пациентов были тромбоэмболия ветвей легочной артерии (33,7%), прогрессирующая хроническая или острая сердечная недостаточность (31,5%) и полиорганная недостаточность в сочетании с хронической интоксикацией (19,6%). Анализ осложнений основного заболевания показал, что у 91 пациента (98,9%) была выявлена пневмония, из них у 87 (95,6%) – двусторонняя и у 4% поражающая одно легкое. У 1 пациента, умершего от тромбоэмболии легочной артерии, пневмония не была обнаружена.

Выводы. Основной причиной критических состояний пациентов умирающих в больнице скорой помощи остаются заболевания сердечно-сосудистой системы, прогрессирующие на фоне сахарного диабета 2 типа или без него. Далее по значимости следуют онкологические заболевания. Но состояние практически всех пациентов усугублялось присоединением пневмонии, чаще двусторонней.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ТЕРАПИИ ОСТЕОПОРОЗА И ПОДХОДЫ К ИХ ПРОФИЛАКТИКЕ

Мазуренко С.О.
Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург

Цель. Остеопороз – самое распространенное метаболическое заболевание скелета, в профилактике и лечении которого достигнуты значительные успехи.

Между тем накоплен значительный опыт о побочных эффектах и осложнениях этой терапии. Цель доклада: анализ наиболее частых осложнений терапии остеопороза и возможности их профилактики.

В докладе рассмотрены побочные эффекты терапии препаратами витамина D, передозировка которыми может быть приводить тяжелым и необратимым поражениям почек и сердечнососудистой системы. Представлены оптимальные дозы витамина D3 (холекальциферол), рекомендации по назначению активных метаболитов витамина D и методы контроля безопасности их применения. Бисфосфонаты – препараты первого выбора, наиболее часто используемые в лечении постменопаузального остеопороза и остеопороза на фоне терапии глюкокортикоидными препаратами. Начало терапии бисфосфонатами, особенно препаратами для внутривенного введения нередко сопровождается острофазовой гриппоподобной реакцией, которая может приводить к обострению некоторых хронических заболеваний, таких как бронхиальная астма. Длительное применение бисфосфонатов и деносумаба связано с небольшим повышенным риском атипичного перелома бедренной кости и остеонекроза челюсти; эти необычные нежелательные явления можно предотвратить или выявить на ранней стадии при тщательном мониторинге и обучении пациентов. Выявление лиц с генетической предрасположенностью к развитию атипичных переломов также в будущем будет иметь значение при выборе наилучшего варианта лечения для каждого отдельного пациента. Деносумаб, препарат моноклональных антител к RANKL, блокирующих созревание и активность остеокластов, обычно прекрасно переносится и позволяет добиться существенного увеличения минеральной плотности костей. Однако прекращение лечения этим препаратом сопровождается резким ускорением резорбции костной ткани и даже переломам. Назначение бисфосфонатов после отмены деносумаба и правильный выбор препарата являются обязательным условием сохранения полученных в результате лечения прибавок минеральной плотности костной ткани. Терипаратид, анаболический агент, эффективен в снижении риска позвоночных и невертебральных переломов и хорошо переносится с незначительными побочными эффектами. Но из-за риска онкогенной трансформации костной ткани, лечение этим препаратом ограничивается 24 месяцами.

Выводы. Обоснованное последовательное назначение препаратов антирезорбтивной терапии и анаболических препаратов позволяет свести к минимуму побочные эффекты добиться максимального эффекта в лечении пациентов страдающих остеопорозом.

ПРОБЛЕМЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19 И ВТОРИЧНЫМ ИММУНОДЕФИЦИТОМ

Мазуренко С.О.^{1,2}, Гомон Ю.М.^{2,3}, Жирков А.А.⁴,
Пальчикова Л.С.², Стрижелецкий В.В.^{1,2},
Иванов И.Г.^{1,2}, Кошечева Т.А.^{1,2}, Зорина Е.А.²

¹Санкт-Петербургский государственный университет,
²Городская больница

Святого Великомученика Георгия,

³Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет имени И.П. Павлова,

⁴Детский научно-клинический центр
инфекционных болезней,

Санкт-Петербург

Цель исследования. С началом эпидемии коронавируса COVID-19 в 2020 году клиницисты всего мира столкнулись с множеством новых задач требующих безотлагательного решения. Лечение пациентов с выраженным иммунодефицитом остается одной из таких задач. В работе представлен анализ клинического случая ведения пациента с вторичным иммунодефицитом, обусловленным лечением онкологического заболевания и спленэктомией.

Материалы и методы. Мужчина в возрасте 48 лет, имеющий в анамнезе указание на выявленную в 2016 году неходжкинскую экстранодальную В-клеточную лимфому маргинальной зоны MALT-типа слюнной железы, CD-20 +, ki 67 – 20%, с коронавирусной инфекцией COVID-19, получавшего лечение в клиниках Санкт-Петербурга.

Результаты и обсуждение. Симптомы вирусной инфекции появились в декабре 2020 года. Пациента стали беспокоить слабость, повышение температуры тела до 38,7°C. После двух недель амбулаторного лечения в связи с положительным ПЦР тестом на SARS-CoV-2 пациент переведен в одну из городских больниц Санкт-Петербурга. По данным компьютерной томографии выявлено поражение легких объемом до 75%. Через 4 недели патогенетической (дексаметазон, левелимаб), антибактериальной (моксифлоксацин), антикоагулянтной терапии отмечено клиническое улучшение. Пациент переведен на амбулаторное лечение. Однако в связи с усилением одышки уже через сутки пациент госпитализирован в городскую больницу Святого Великомученика Георгия. При обследовании обращено внимание на сохраняющуюся лихорадку, лимфопению при нормальном уровне лейкоцитов крови, стерильные посевы крови и сохраняющиеся положительные повторные ПЦР тесты на COVID-19 на протяжении 4х месяцев заболевания, несмотря на противовирусную (фавипиравир) терапию. Данных

за прогрессирование лимфомы не получено. Иммунологическое исследование показало отсутствие нейтрализующих антител к коронавирусу. Фенотипирование лимфоцитов крови обнаружило снижение содержания Th, NK и отсутствие В-лимфоцитов. Иммунорегуляторный индекс Th/CTL был более чем в 3 раза ниже нормы. Через 5 месяцев от начала заболевания на фоне терапии, несмотря на положительные результаты ПЦР на новую коронавирусную инфекцию, состояние пациента стабилизировалось: он перестал лихорадить, уменьшилась зависимость от кислорода. Пациент переведен в отделение реабилитации. Однако через три недели лечения в отделении реабилитации состояние пациента вновь ухудшилось и на фоне прогрессирующей дыхательной недостаточности констатирована смерть. У пациента после успешного лечения неходжкинской В-клеточной лимфомы и спленэктомии, развитие коронавирусной инфекцией COVID-19 сопровождалось персистенцией вируса на протяжении 5 месяцев терапии. Необратимые изменения в легочной ткани привели к гибели пациента на фоне прогрессирующей дыхательной недостаточности.

Выводы. Накопленный за два года опыт лечения больных с вторичными иммунодефицитами, зараженных COVID-19, требует глубокого анализа и разработки тактики ведения таких пациентов. Разработка более новых противовирусных препаратов, внедрение в практику специфических моноклональных антител против S-белка коронавируса может обеспечить более эффективное лечение таких пациентов.

ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПО ОПРОСНИКАМ EQ-5D И KOOS ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ В ПОЛИКЛИНИКЕ

Майко О.Ю., Тукунова Г.Б., Аверьянов В.Н.,
Чернов К.Г., Турмухамбетова Б.Т.
Оренбургский государственный
медицинский университет,
г. Оренбург

Остеоартрит (ОА) представляет собой наиболее распространенную форму поражения суставов и является самой частой причиной боли и нетрудоспособности. Качество жизни (КЖ) – это интегральная характеристика физического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии. Под медицинскими аспектами КЖ следует пони-

мать влияние как самого заболевания и вызванных им ограничений функциональной активности на различные аспекты жизнедеятельности, так и воздействие лечения. Универсальные опросники EQ-5D (EuroQol-5D) и KOOS (Knee and Osteoarthritis Outcome Score) обладают хорошими психометрическими свойствами и широко применяется при различных заболеваниях. EQ-5D представляет КЖ в виде профиля состояния здоровья с оценкой EQ-5D-индекса и ВАШ-«термометр здоровья».

Цель. Оценить параметры качества жизни (КЖ) по анкетам EQ-5D и KOOS у больных ОА коленных суставов в амбулаторных условиях.

Материал и методы. В исследование включено 20 пациентов с ОА коленных суставов, соответствующих критериям Американской коллегии ревматологов, подписавших информированное согласие, с I-III стадиями по Kellgren и Lawrence, с интенсивностью боли ≥ 40 мм по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), отсутствием клинически значимых нарушений функции жизненно важных органов и систем. КЖ пациентов оценивалась по опросникам KOOS и EQ-5D. Всем пациентам проводилось общеклиническое и лабораторное обследование.

Результаты. У больных ОА коленных суставов при первичном обращении среднее значение EQ-5D индекса составило $0,25 \pm 0,18$ баллов, «термометра здоровья» – $34,74 \pm 12,24$ мм. Оценка общего состояния здоровья по «термометру здоровья» анкеты была низкой: у 32% пациентов она составляла до 20 мм, у 18% – до 30 мм, у 21% – до 40 мм, у 29% – до 50 мм. Аналогичной была и оценка EQ-5D индекса: очень низкие его значения от 0,055 до 0,202 отмечались у большинства пациентов (53%), от 0,255 до 0,516 – у 31%, удовлетворительные значения – от 0,62 до 0,656 были выявлены исходно только у 16%. Проблемы с передвижением в пространстве отмечались у 100% больных, подавляющее большинство пациентов – 63% и 84% имели умеренно выраженные проблемы с самообслуживанием и в повседневной деятельности. Наличие умеренной боли отмечали 34% пациентов, выраженной – 66%. Большинство указывали на преобладание отрицательных эмоциональных проблем в связи с заболеванием в виде тревоги и депрессии, причем умеренная и выраженная их степени соответственно выявлялись у 55% и 34% пациентов, и только у 11% отмечалось их отсутствие.

По данным опросника KOOS при обострении гонартроза выявлены следующие нарушения параметров КЖ. У большинства (80%) пациентов отмечались нарушения по субшкале «Симптомы»: отечность сустава, невозможность полного выпрямления и сгибания в коленном суставе и тугоподвижность (средн. балл- $16,2 \pm 4,25$). Субшкала «Боль»

выявила частое возникновение боли и ее выраженность при выполнении различных движений (средн. балл – 16,6±3,21). Субшкала «Ежедневная бытовая активность» оценивала физическую активность, способность к передвижению и самообслуживанию (средн. балл – 18,2±3,65). Субшкала «Спорт и активность на отдыхе» оценивала возможность пациента выполнять экстремальные по мнению пациентов движения с полной нагрузкой на коленные суставы, что было неосуществимо всеми пациентами при обострении гонартроза (средн. балл – 19,4±0,64). Субшкала «Качество жизни» показала, что все пациенты имели высокую частоту и степень возникновения проблем с коленными суставами, которые вынужденно приводили к изменению образа жизни (средн. балл – 11,2±1,5).

Выводы. У больных с обострением ОА коленных суставов отмечаются выраженные боль и нарушения жизнедеятельности, что значительно ухудшает их КЖ, при этом параметры по опросникам KOOS и EQ-5D позволяют достоверно оценить состояние здоровья пациентов в поликлинике.

НЕРЕСПИРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОНЛАЙН АНКЕТИРОВАНИЯ

Маковеева О.В., Быстров Г.С., Салахбеков И.С.
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Определение частоты нереспираторных симптомов в остром периоде COVID-19 у пациентов молодого возраста по результатам онлайн анкетирования.

Материалы и методы. С целью ретроспективного анализа частоты симптомов острого периода COVID-19 нами была создана анкета (платформа «Google forms»), которая в сентябре 2021 года была отправлена 100 респондентам молодого возраста (средний возраст 21 год), перенесшим новую коронавирусную инфекцию (НКИ) 6-12 месяцев назад. Информированное согласие на участие в анкетировании было получено от всех участников до начала опроса. Проанализирована частота симптомов в остром периоде НКИ, указанных в анкетах. Все симптомы подразделили по частоте встречаемости в анкетах: на «очень частые» (встречались в более 60% случаев), «частые» (от 40% до 60% случаев), «менее частые» (от 20% до 40% случаев) и «нечастые» (в менее 20% случаев).

Результаты и обсуждение. Анкетирование показало, что «очень частыми» симптомами у пациентов в остром периоде COVID-19 были: слабость (82%), аносмия/дизосмия (75%), головная боль (68%), агевзия/дисгевзия (66%), субфебрильная температура (62%). Сочетание этих пяти проявлений НКИ имели место у 58% респондентов. К «частым» симптомам были отнесены артралгии и миалгии (44%), а к «менее частым»: лихорадка (37%), снижение аппетита (36%), нарушения сна (26%). «Нечастыми» симптомами были: тошнота и рвота (13%), ощущение учащенного сердцебиения (12%), диарея (8%), боли в животе (5%), перебои в области сердца (6%), кардиалгии (2%). Все симптомы были объединены нами в симптомокомплексы: «общевоспалительный», «гастроэнтерологический», «кардиологический», «неврологический». «Общевоспалительные» симптомы (субфебрильная температура, лихорадка, артралгии, миалгии) имели место у всех респондентов. «Неврологический» симптомокомплекс, включающий в себя такие проявления, как слабость, дизосмия, головная боль, дисгевзия, нарушения сна встречался у 82% опрошенных. «Гастроэнтерологические» симптомы, такие как тошнота, рвота, диарея, боли в животе, отмечены у 36% респондентов. Такие проявления, как кардиалгии, ощущение учащенного сердцебиения, перебои в области сердца, отнесенные к «кардиологическому» симптомокомплексу, имели место в 12% случаев.

Таким образом, характерной особенностью НКИ является высокая частота общевоспалительных и неврологических проявлений. Одним из самых первых и частых симптомов, характерных для НКИ, были аносмия/дизосмия, свидетельствующие о поражении рецепторного аппарата обонятельного нерва вирусом. Нарушения обоняния часто сопровождалось нарушениями вкуса (агевзией/дисгевзией), что также связывают с поражением хеморецепторов языка. Развитие гастроэнтерологических и кардиологических симптомов может быть обусловлено прямым или опосредованным воздействием вируса на органы пищеварения или кардиомиоциты ввиду присутствия рецепторов АПФ-2, являющихся входными воротами для вируса, в различных клеточных структурах органов и тканей, или в периферических нервных окончаниях.

Выводы. 1. У пациентов молодого возраста острый период COVID-19 чаще всего проявлялся общевоспалительным и неврологическим симптомами. 2. Самым частым было сочетание таких симптомов, как субфебрильная температура, слабость, аносмия/дизосмия, агевзия/дисгевзия, головная боль. 3. Менее, чем у половины респондентов в остром периоде НКИ имели место гастроэнтерологические или кардиологические симптомы.

ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

Малаева Е.Г.

Гомельский государственный
медицинский университет,
г. Гомель, Республика Беларусь

Инфекции мочевыводящих путей (ИМВП) представляют значительный практический интерес ввиду широкой распространенности, наличия осложнений в виде генерализации инфекции с развитием сепсиса, рецидивирующего течения, негативных последствий, связанных с интенсивным применением антибактериальных лекарственных средств, в виде развития *Clostridioides difficile*-ассоциированных колитов и антибиотикорезистентности.

Цирроз печени (ЦП) ассоциируется с синдромом иммунной дисфункции, что является предрасполагающим фактором развития бактериальных инфекций [V.A. Lingiah, N.T. Prysopoulos, 2021]. Более 30% пациентов с декомпенсированным ЦП имеют бактериальные инфекции при поступлении в стационар или во время госпитализации. ИМВП относятся к наиболее распространенным видам бактериальных инфекций у пациентов с ЦП, усугубляют естественное течение ЦП и являются независимым предиктором снижения 90-дневной выживаемости пациентов с декомпенсированным ЦП. Кроме того, ИМВП являются потенциальным триггером прогрессирования почечной недостаточности у пациентов с ЦП, несмотря на разрешение инфекции, и ассоциированы с развитием тяжелой стадии почечной патологии [P.A.Reuken, et al., 2013].

В клинических рекомендациях Европейской ассоциации урологов по урологическим инфекциям (2021) признана классификация ИМВП на неосложненные и осложненные в зависимости от риска развития уросепсиса (низкий, высокий). К неосложненным ИМВП относят острые, спорадические или рецидивирующие инфекции нижних (неосложненный цистит) и/или верхних (неосложненный пиелонефрит) мочевыводящих путей у небеременных женщин без известных анатомических и функциональных нарушений мочевыводящих путей или коморбидных заболеваний. ИМВП относят к категории осложненных у пациентов с заведомо высоким риском осложненного течения – мужчин, беременных женщин, пациентов с анатомическими или функциональными нарушениями мочевыводящих путей, постоянным мочевым катетером, заболеваниями почек и/или другими иммунокомпрометирующими заболеваниями. Осложненные

и неосложненные ИМВП отличаются друг от друга спектром микроорганизмов и особенностями проведения эрадикационного лечения.

ИМВП могут быть вызваны Грам-положительными, Грам-отрицательными бактериями, грибами и другими микроорганизмами. Наиболее частой причиной развития осложненных и неосложненных ИМВП является уропатогенная *Escherichia Coli* (UPEC). Другие микроорганизмы, вызывающие неосложненные ИМВП (в порядке убывания частоты) – *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Enterococcus faecalis*, group B *Streptococcus* (GBS), *Proteus mirabilis*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Candida* spp., осложненные ИМВП (в порядке убывания частоты) – *Enterococcus* spp., *Klebsiella pneumoniae*, *Candida* spp., *Staphylococcus aureus*, *Proteus mirabilis*, *Pseudomonas aeruginosa*, GBS. У пациентов с ЦП наиболее распространенным уропатогеном является *Enterococcus faecalis*, далее следуют *Escherichia coli*, *Staphylococcus saprophyticus*, реже – другие представители семейства *Enterobacteriaceae* (*Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter cloacae*, *Proteus mirabilis*, *Citrobacter freundii*, *Citrobacter koseri*), *Staphylococcus haemolyticus*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus saprophyticus*, *Streptococcus mitis*, дрожжеподобные грибы *Candida albicans*, *Geotrichum capitatum*.

Одним из наиболее изученных механизмов развития ИМВП является колонизация уретры уропатогенами из кишечника за счет периуретральной контаминации (контактный путь). Однако, альтернативным механизмом развития ИМВП у пациентов с ЦП может быть бактериальная транслокация микроорганизмов из кишечника в мочевые пути за счет наличия синдрома повышенной проницаемости кишечника. Особенности патогенеза могут лежать в основе распространенности бактериурии у пациентов с ЦП – она диагностируется в 2 раза чаще, чем у пациентов без ЦП. Несмотря на большую распространенность, большинство ИМВП имеет бессимптомное или малосимптомное течение, но негативное влияние на прогноз заболевания.

Подходы к лечению ИМВП претерпевают изменения. Если ранее считалось, что моча стерильна и выявление бактериурии приводило к необоснованному назначению антибиотиков, то в настоящее время внедрение новых методов исследования мочи доказало обратное – бессимптомная бактериурия представляет собой фракцию микробиоты, в норме заселяющую мочевые пути и выполняющую протективную роль. В настоящее время устанавливается роль микробиоты кишечника, влагалища, мочевого

водящих путей в развитии ИМВП, изучаются оси взаимодействия «микробиота кишечника–почки», «микробиота кишечника–мочевой пузырь», «микробиота кишечника–печень». В свете новых знаний модификация микробиоты кишечника и влагалища является одним из перспективных направлений лечения и профилактики ИМВП [Т. Meštrović, et al., 2021, В. Wojciuk, et al., 2019, И.О. Стома, 2020, M.L. Neugent, et al., 2020].

Новые знания привели к пониманию негативного влияния антибактериальных лекарственных средств на состав и видовое разнообразие микроорганизмов мочевыводящих путей, генитального тракта, кишечника, переосмыслению подходов и показаний к их назначению и поиску альтернативных методов лечения пациента путем модификации диеты, назначения пре-, про-, синбиотиков, синтетической микробиоты, вакцин, бактериофагов, трансплантации микробиома.

СТРУКТУРА УРОПАТОГЕНОВ ПРИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

Малаева Е.Г.

Гомельский государственный
медицинский университет,
г. Гомель, Республика Беларусь

Цирроз печени имеет естественное течение и неблагоприятный прогноз, связанный с прогрессированием симптомов печеночной недостаточности и наличием ассоциированных осложнений и коморбидных состояний. В соответствии с международными согласительными документами по ведению пациентов с декомпенсированным циррозом печени особое внимание уделяется проблеме бактериальных инфекций, в том числе мочевыводящих путей, которые оказывают влияние на течение и прогноз заболевания.

Цель исследования. Изучить структуру уропатогенов у пациентов с декомпенсированным циррозом печени.

Материалы и методы. Обследовано 107 пациентов с циррозом печени класса тяжести В и С, госпитализированных в городское отделение гастроэнтерологии. Средний возраст пациентов составил 51,7 год, мужчин – 59, женщин – 48 человек, класс тяжести В – 55 пациентов, С – 52 пациента. Всем пациентам проведено стандартное исследование согласно Клинических протоколов РБ и исследование мочи на микрофлору и чувствительность к анти-

биотикам с использованием стандартных методик микробиологического исследования в течение 48 ч от момента поступления в стационар. Репрезентативность выборки обеспечена случайным отбором пациентов для исследования.

Результаты и обсуждение. В соответствии с микробиологическим исследованием мочи отрицательный результат получен у 52 (48,6%), сомнительный (концентрация микроорганизмов $<10^5$ КОЕ/мл) – у 6 (5,6%), положительный (концентрация микроорганизмов $>10^5$ КОЕ/мл) – у 49 (45,8%) пациентов с декомпенсированным циррозом печени. Наиболее частым уропатогеном по данным культурального исследования мочи у пациентов с циррозом печени класса тяжести В и С является *Enterococcus faecalis* – у 11 (22,4%), далее следуют *Escherichia coli* – у 10 (20,4%), *Staphylococcus saprophyticus* – 7 (14,3%), реже – другие представители семейства *Enterobacteriaceae* (*Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter cloacae*, *Proteus mirabilis*, *Citrobacter freundii*, *Citrobacter koseri*), *Staphylococcus haemolyticus*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus saprophyticus*, *Streptococcus mitis*, дрожжеподобные грибы *Candida albicans*, *Geotrichum capitatum*. Микст-инфекция диагностирована у 10 (20,4%) пациентов с декомпенсированным циррозом печени.

По данным литературы, наиболее частой причиной развития осложненных и неосложненных инфекций мочевыводящих путей является уропатогенная *Escherichia Coli*. Одним из наиболее изученных механизмов развития инфекций мочевыводящих путей является колонизация уретры уропатогенами из кишечника за счет периуретральной контаминации (контактный путь). Однако, у пациентов с циррозом печени рассматривается альтернативный механизм – бактериальная транслокация микроорганизмов из кишечника в мочевые пути, обусловленный синдромом повышенной проницаемости кишечника, что может приводить к изменению этиологической структуры микроорганизмов, вызывающих инфекции мочевыводящих путей у пациентов с циррозами печени.

Выводы. У 45,8% пациентов с декомпенсированным циррозом печени концентрация микроорганизмов в моче по данным микробиологического исследования составляет $>10^5$ КОЕ/мл, что является признаком высокой распространенности инфекций мочевыводящих путей, в том числе бессимптомной бактериурии, у пациентов с циррозом печени. Основным уропатогеном является *Enterococcus faecalis*, далее следуют *Escherichia coli*, *Staphylococcus saprophyticus*, другие представители семейства *Enterobacteriaceae*. Смешанная инфекция выявлена у 20,4% пациентов с декомпенсированным циррозом печени.

КАРДИОТОКСИЧНОСТЬ, ИНДУЦИРОВАННАЯ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ТЕРАПИЕЙ, У КОМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ

Маль Г.С.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск

Цель. Выявить показатели кардиотоксичности у пациентов с онкологическим поражением молочной железы при сочетанной гипертонической болезни (ГБ) и без нее на фоне приема препарата моноклональных антител трастузумаб. Материалы и методы. В данном исследовании приняли участие 80 пациентов с раком молочной железы (РМЖ). Средний возрастной период составил $48,4 \pm 8,7$ лет. Химиотерапевтическое лечение представляло собой монотерапию трастузумабом в течение 7 курсов. Больным была проведена тканевая недоплеровская эхокардиография (ЭхоКГ) в 2D-режиме перед 1 курсом химиотерапии и после окончания консервативной онкотерапии. В качестве показателей глобальной сократимости левого желудочка (ЛЖ) использовались: фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ), рассчитанная методом дисков через биплановую оценку конечного диастолического объема (КДО) и конечного систолического объема (КСО), глобальная продольная деформация (ГПД) и митрально-септальная сепарация (МСС) при норме $\geq 20\%$ и ≤ 8 мм соответственно. Пациенты подверглись рандомизации на 2 группы: 1 группа в количестве 34 человек ($n=34$) с подтвержденным клиническим анамнезом ГБ, у больных 2 группы ($n=56$) ГБ клинически в анамнезе отсутствовала. Результаты: Исследование позволило получить динамику изменений показателей глобальной сократимости ЛЖ. Отмечается снижение ФВЛЖ в обеих рассматриваемых группах в сравнении с началом химиотерапии (1 группа – $62,9 \pm 6,1\%$, 2 группа – $64,6 \pm 7,3\%$) ($p < 0,05$) и после 7 курсов трастузумаба (1 группа – $58,1 \pm 7,2\%$, 2 группа – $60,4 \pm 5,8\%$) ($p < 0,05$). Показатель ГПД в группе пациентов с ГБ был ниже ($18,3 \pm 1,4\%$) ($p < 0,05$) до химиотерапевтического лечения трастузумабом в сравнении с нормой. При анализе ГПД в группах с ГБ ($18,3 \pm 1,4\%$) ($p < 0,05$) и без ГБ ($23,7 \pm 2,9\%$) ($p < 0,05$) сохранена тенденция к исходному снижению значению рассматриваемого параметра. После 7 циклов монотерапии препаратом моноклональных антител наблюдается кардиотоксичность, отражающая снижение ГПД: группа с ГБ [$18,3 \pm 1,4\%$] против ($17,6 \pm 0,9\%$) ($p < 0,05$), группа без ГБ в анамнезе [$23,7 \pm 2,9\%$] против ($18,8 \pm 2,1\%$) ($p < 0,05$). Параметр МСС в 1 группе выше ($14,3 \pm 3,2$ мм) ($p < 0,05$) до применения трастузумаба в отличие от нормальных

значений. Сравнение МСС в 1 группе ($14,3 \pm 3,2$ мм) ($p < 0,05$) и во 2 группе ($7,5 \pm 2,4$ мм) ($p < 0,05$) демонстрирует исходное повышенное значение рассматриваемого показателя глобальной сократимости ЛЖ. Кардиотоксичность после 7 курсов трастузумаба выражена незначительным увеличением МСС: 1 группа [$14,3 \pm 3,2$ мм] против ($14,8 \pm 2,9$ мм) ($p < 0,05$), группа 2 [$7,5 \pm 2,4$ мм] против ($7,9 \pm 1,8$) ($p < 0,05$).

Выводы. Параметры глобальной сократимости ЛЖ у пациентов онкологического профиля молочной железы при сочетанной ГБ исходно отличаются от нормальных значений и патологические уровни рассмотренных показателей превалируют в сравнении с группой без ГБ. Коморбидность РМЖ и ГБ, предусматривающая назначение трастузумаба, следует рассматривать как риск развития кардиотоксичности, которая должна корректироваться совместным ведением пациентов врачами кардиологической и онкологической направленности.

КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ РИСКИ У БОЛЬНЫХ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (COVID-19)

Марченко В.Н., Давыдов Д.А., Богачёва А.И.,
Банко В.В., Макаренко А.Р.

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

Цель исследования. Изучить распространенность коморбидной патологии сердечно-сосудистой системы (ССС) у пациентов с новой коронавирусной инфекцией (НКИ).

Материалы и методы. Анализ публикаций с 2020 по 2022 гг. с использованием электронной библиотеки «PubMed», по ключевым словам: COVID-19, cardiovascular diseases, post-covid.

Результаты и обсуждение. Не вызывает сомнения, что любая коморбидная патология накладывает определенный отпечаток на диагностику и создает трудности в лечении пациентов. Особенно это касается пациентов с НКИ с коморбидной патологией ССС. Наиболее часто у госпитализированных по поводу НКИ пациентов встречались АГ (56.6%) и СД (33.8%). Из острых сердечно-сосудистых проявлений COVID-19 описаны: острое миокардиальное повреждение, миокардит, острый коронарный синдром, аритмии, острая сердечная недостаточность, венозные тромбозы. Основные пути вовлечения ССС в патологический процесс связаны с сигнальными путями АПФ2, вовле-

ченными в каскад повреждения сердца, с системным воспалительным ответом, «цитокиновым штормом», дыхательной дисфункцией и гипоксией, дисбалансом между возросшими метаболическими потребностями и снижением сердечного резерва, риском разрыва атеросклеротической бляшки вследствие вирус-индуцированного воспаления, риском тромботических осложнений, микроваскулярным повреждением. Наличие ССЗ не является предиктором заражения COVID-19, но предрасполагает к осложненному течению. В Китае при средней летальности 2.4% у пациентов с COVID-19, при наличии АГ она составила 6%, СД – 7.3%, ССЗ – 10.5%. Поражение ССС может диагностироваться у 40% пациентов, умерших от инфекции COVID-19. В рамках изучения кардиоваскулярных проявлений при COVID-19 можно выделить следующие аспекты: факторы риска ССО и установленное ССЗ связаны с худшим прогнозом у пациентов с НКИ; у ранее здоровых пациентов с НКИ возможно появление острых ССО; методы лечения противомаларийными и противовирусными препаратами могут быть связаны с побочными эффектами в отношении ССС. Общая частота аритмий у пациентов с COVID-19 колеблется от 16.7% среди госпитализированных до 44% среди пациентов ОРИТ. Вторичное повреждение миокарда может быть обусловлено системными эффектами заболевания, в том числе гипоксемией и сниженной перфузией миокарда. Повышение тропонина у пациентов с COVID-19, как маркера миокардиального повреждения, ассоциировано с повышенной смертностью в сравнении с пациентами COVID-19 без миокардита (51.2% vs 4.5%). Летальность при COVID-19 составляет от 1% до 5%. Причины смерти: 53% – дыхательная недостаточность, 33% – сочетание дыхательной и сердечной недостаточности, 7% – сердечная недостаточность.

«Пост-ковид» имеет множество проявлений, как по характеру, так и по длительности. Первым является синдром постуральной тахикардии, который определяется как ортостатическая тахикардия при отсутствии ортостатической гипотензии длительностью более 3 месяцев. Вторая проблема – мышечная слабость после COVID-19, усугубляющей саркопению, особенно у пожилых людей. Третья ситуация связана с возможным взаимным усугублением микрососудистых повреждений как при ССЗ (в частности, СД), так и при COVID-19. Симптомы «пост-ковида» сохраняются у 13% пациентов в течение более 28 дней, у 4.5% – более 8 недель и у 2.3% – более 12 недель.

Выводы. Имеется значительное увеличение частоты факторов риска ССЗ у больных с НКИ, и при наличии сердечной патологии должны быть предусмотрены специальные программы реабилитации сердца, адаптированные к конкретному человеку на основе оценки его сердечных осложнений, нарушений и потребностей в реабилитации.

ИЗУЧЕНИЕ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ЛИДОКАИНА НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА СПОНТАННЫХ СООБЩЕНИЙ О НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЯХ

**Матвеев А.В., Крашенинников А.Е., Егорова Е.А.,
Коняева Е.И., Бейтуллаев А.М.**

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского
Крымский федеральный университет
имени В.И. Вернадского,
г. Симферополь

Местные анестетики – группа лекарственных препаратов, способствующая улучшению переносимости лечебных манипуляций пациентами и повышению их приверженности к лечению. Лидокаина гидрохлорид является одним из представителей данной группы препаратов, высокая частота успешности проведения обезболивания (90-95%) позволяет широко использовать его в качестве анестетика в медицинской практике, а также в качестве растворителя некоторых антибактериальных средств. В связи с частым назначением лидокаина возникает вопрос о частоте развития нежелательных реакций (НР) на фоне его применения, в частности спровоцировавшие смерть пациента.

Цель исследования. Изучение случаев летальных исходов пациентов, опосредованные применением лидокаина гидрохлорида.

Материалы и методы. Объектами исследования смертельных исходов на фоне применения лидокаина стали спонтанные сообщения о НР зарегистрированные в федеральной базе данных. Критерии отбора карт извещений: наличие в категории «Лекарственные средства, предположительно вызвавшие НР» препарата группы N01BB02 – лидокаина гидрохлорид (в соответствии с классификацией АТХ), указание «Смерть» в разделе «Критерии серьезности НР». Выборка осуществлялась за период с 1 января 2008 года по 31 декабря 2020 года среди всех зарегистрированных карт-извещений в «АИС-Росздравнадзор».

Результаты и обсуждение. За представленный период в федеральной базе данных спонтанных сообщений было выявлено 102 случая развития летального исхода при применении лидокаина гидрохлорида. В большинстве (48%) случаев наблюдалось назначение препарата в качестве монотерапии, в остальных случаях был назначен одновременно с другими препаратами. Наиболее частыми причинами назначения анестетика являлись его применение с целью местной анестезии (27,5%) и в качестве растворителя антибиотиков (16,7%). Проведенный анализ по гендерному признаку

позволил выявить более частое развитие НР у женщин (69,6%), нежели мужчин (30,4%). Оценка по возрастной категории пациентов определила более частое развитие летального исхода у пациентов в возрасте от 30 до 45 лет (22,6%) и от 18 до 30 лет (19,6%). НР возникал чаще при внутримышечном (43,1%) и подкожном (16,7%) введениях. В преобладающем числе случаев причиной развития угрожающего жизни пациента состояния являлся анафилактический шок (52,9%), в 9,8% случаях применение препарата сопровождалось потерей сознания, остановкой дыхания. Аллергологический анамнез в преобладающем количестве случаев отсутствовал (51%), лишь в 7,8% случаях у пациента имелась лекарственная аллергия. В качестве купирования развития нежелательной реакции в большинстве случаев (43,1%) использовалась медикаментозная терапия: растворы адреналина, дексаметазона, преднизолона, в 21,6% дополнительно проводилась СЛР.

Выводы. Изучение случаев развития летальных исходов у пациентов на фоне применения лидокаина гидрохлорида напоминает о системной токсичности препаратов группы местных анестетиков и обуславливает необходимость введения в практику определенных мер безопасности, таких как повышение информированности студентов медицинских специальностей и врачей об особенностях клинических проявлений токсического действия при применении лидокаина гидрохлорида, внедрение маркировки для различных дозировок препарата производителями, обязательный контроль дозы и скорости введения лидокаина, рациональный выбор местного анестетика с учетом особенностей анамнеза каждого пациента.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СПОНТАННЫХ СООБЩЕНИЙ О НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЯХ ПРЕПАРАТОВ ГРУППЫ ИНТЕРФЕРОНОВ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ

Матвеев А.В.¹, Егорова Е.А.¹, Корянова К.Н.²,
Волуйко П.А.¹, Сулейманова Н.Л.¹

¹Медицинская академия имени С.И. Георгиевского
Крымского федерального университета
имени В.И. Вернадского,
г. Симферополь,

²Пятигорский медико-фармацевтический институт,
г. Пятигорск

Цель исследования. Изучение основных проявлений и частоты развития НР при применении

препаратов группы интерферонов у пациентов, проживающих на территории Республики Крым.

Материалы и методы. Объектами исследования стали карты-извещения о НР, зарегистрированные в региональной базе (Республика Крым) данных НР ARCADE (Adverse Reactions in Crimea, Autonomic Database) за период 01.01.2010-31.12.2018 гг. Критериями отбора карт-извещений о НР лекарственных средств стало наличие в категории «Лекарственные средства, предположительно вызвавшие НР» препаратов группы L03AB – интерфероны (ИФ) (в соответствии с анатомо-терапевтической-химической классификацией лекарственных средств, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения).

Результаты. За анализируемый период в базе данных ARCADE было зарегистрировано 57 случаев развития НР на препараты группы ИФ, что составило 0,82% от общего количества спонтанных сообщений, загруженных в базу данных ARCADE за период с 2010 г. по 2018 г. (6947 карт-извещений).

Распределение случаев НР по подозреваемому ЛП позволило выявить, что лидером по частоте развития НР являлись препараты ИФ альфа-2b (АТХ-код – L03AB05) – общее количество зарегистрированных случаев НР составило 42 случая (73,7% от всего количества случаев НР). Значительно реже НР наблюдались при применении природного ИФ альфа (АТХ-код – L03AB01) – 9 случаев, 15,8%. Единичные случаи НР наблюдались при применении ИФ бета-1b (3 случая, 5,3%), ИФ альфа-2a (1 случай, 1,7%), цетпегинтерферона альфа-2b (2 случая, 3,5%). Стоит отметить, что в 38,6% случаев (22 карты-извещения) НР наблюдались при назначении ИФ в виде монотерапии, в остальных 35 случаях подозреваемые препараты были назначены одновременно с другими препаратами.

Наиболее часто НР наблюдались у пациентов женского пола (36 случаев), составив более 63% от общего количества случаев НР. В остальных 21 случаях НР наблюдались у пациентов мужского пола. Распределение пациентов по возрастным категориям продемонстрировало, что большинство изученных случаев развития НР (38 случаев, 66,7%) наблюдались у пациентов детского возраста (до 18 лет): в возрасте от 1 месяца до 1 года (20 случаев, 35,1%), реже при применении препаратов группы ИФ у пациентов в возрасте от 1 до 3 лет – 12 случаев НР (21%). Основными показаниями к применению ИФ являлись респираторные вирусные инфекции (41 случай, 87,2%), эрозии и полипы шейки матки (3 случая, 5,3%), рассеянный склероз (3 случая, 5,3%), вирус гепатита С (2 случая, 3,5%). Среди клинических проявлений преоб-

ладали аллергические реакции немедленного типа (48 случаев, 84,2%), среди которых преобладали местные аллергические реакции в виде крапивницы, гиперемии, уртикарной сыпи (45 случаев, 79%). Аллергические реакции немедленного типа, представляющие угрозу жизни пациента, наблюдались в 3 случаях: 2 случая (3,5%) развития ангионевротического отека (отека Квинке) и 1 случай анафилактического шока на фоне введения препаратов интерферона альфа-2b.

Выводы. Изучение безопасности препаратов группы интерферонов позволило выявить высокие риски развития НР у пациентов детского возраста. Вероятность развития анафилактического шока и ангионевротического отека на фоне введения препаратов интерферона требует внимательного изучения аллергологического анамнеза пациента, а также контроля его самочувствия на всем этапе лечения.

«СТЕРЕОТИПНЫЕ» НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ НА РАЗНЫЕ БАЗИСНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, НУЖДАЮЩИХСЯ В НАЗНАЧЕНИИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ, ПО ДАННЫМ АНАМНЕЗА

Матьянова Е.В., Гриднева Г.И.

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

Цель исследования. Ориентировочно оценить частоту встречаемости в анамнезе одинаковых нежелательных реакций (НР) на прием разных базисных противовоспалительных препаратов (БПВП), то есть «стереотипных» НР (СНР), у больных ревматоидным артритом (РА), нуждающихся в терапии генно-инженерным биологическим препаратом (ГИБП) или таргетным синтетическим БПВП (тсБПВП). Сопоставить СНР с вариантом течения РА и сопутствующими заболеваниями.

Материалы и методы. Проанализированы данные о 522 больных достоверным РА, госпитализированных в НИИР с января 2021 по январь 2022 (включительно) в связи с обострением заболевания, нуждающихся в терапии ГИБП/тсБПВП. Были выделены больные, развившие в анамнезе СНР при не совместном приеме разных БПВП.

Результаты и обсуждение. НРС в анамнезе имели 54 (10,3%) больных (5 мужчин, 49 женщин), в возрасте 54 ± 11 лет, медиана длительности РА 9 [4; 24] лет, частота позитивности по РФ 87% ($n=47$), по АЦЦП 79,6% ($n=43$), наличие системных проявлений 53,7% ($n=29$) (эти показатели сопоставимы с таковыми у больных РА без СНР в анамнезе, $p>0,05$).

Наиболее частой СНР была тошнота, она развилась у 14 (2,7%) больных. Из них у 12 на фоне приема метотрексата (МТ), у 7 на фоне лефлуномида (ЛФ), у 7 на сульфасалазине (СС) и у 3 на гидроксихлорохине (ГХ). Достоверного повышения частоты диагностированного хронического гастрита у них (6 из 14/42,9%), по сравнению с общей группой обследованных больных (у 134 из 522/25,7%), не было выявлено за счет малого количества наблюдений ($p>0,05$).

Повышение печеночных трансаминаз при приеме разных БПВП отмечалось у 13 (2,5%) больных: на фоне приема МТ, а также у 12 на ЛФ, у 2 на ГХ. У 4 из них (38,8%) был выявлен хронический гепатит (у 3 вирусный, у 1 невирусный), его частота в общей группе составила 3,8% (у 26 из 522; $p>0,05$).

Третьей по частоте СНР была кожная сыпь ($n=12/2,3\%$): у 9 больных на фоне МТ, у 9 на СС, у 6 на ЛФ, у 2 на ГХ. При этом сопутствующее хроническое кожное заболевание (псориаз) было диагностировано только у 1 из них (8,3%), частота псориаза в общей группе составила 3,4% (у 18 из 522; $p>0,05$).

У 5 (0,96%) больных в качестве СНР наблюдалась лейкопения: на МТ (у 5), у 4 на СС, у 2 на ЛФ, у 1 на ГХ. У 3 из них (60%) диагностирован достоверный синдром Шегрена, его частота в общей группе составила 31% (у 162 из 522; $p>0,05$).

Такие СНР как диарея, стоматит и повышение частоты инфекционных заболеваний наблюдались каждая в 3 случаях; одышка – в 2 случаях. Отмечались также единичные СНР в виде повышения АД, фурункулеза, кишечного кровотечения, одышки и головокружения. Их взаимосвязи с особенностями течения РА и сопутствующими заболеваниями выявлено не было за счет малого количества наблюдений ($p>0,05$).

Вывод. Частота «стереотипных» НР на БПВП в анамнезе у больных РА, нуждающихся в биологической терапии, составила 10,3%. Наиболее частой СНР оказалась тошнота ($n=14/2,7\%$), затем повышение печеночных трансаминаз ($n=13/2,5\%$), кожные высыпания ($n=12/2,3\%$), лейкопения ($n=5/0,96\%$). Для уточнения достоверной взаимосвязи с вариантом течения РА и сопутствующими заболеваниями необходимо продолжение наблюдения (больше случаев СНР).

АКТИВНОСТЬ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМИ ПЕРИОДАМИ ПОСЛЕ ОТМЕНЫ РАННЕ ЭФФЕКТИВНЫХ И НЕ ЭФФЕКТИВНЫХ ИНГИБИТОРОВ ФНО-АЛЬФА

Матьянова Е.В., Олюнин Ю.А., Гордеев А.В.
Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Ориентировочно сравнить теоретическую динамику активности ревматоидного артрита (РА) после отмены препаратов ингибиторов ФНО-альфа (ФНО), расцененных как эффективные и как не эффективные.

Материалы и методы. Были проанализированы данные о 77 больных, соответствующих критериям РА ACR/EULAR 2010, госпитализированных в НИИР в 2021 году в связи с обострением заболевания после отмены ФНО. Больные, у которых ФНО были отменены из-за их неэффективности выделены в группу А (n=35/45,5%. Инфликсимаб – 2, этанерцепт – 8, адалимумаб – 17, голимумаб – 8). Группу В составили пациенты, у которых эффективные ФНО отменены по административным причинам (n=31/40,3%. Инфликсимаб – 4, этанерцепт – 10, адалимумаб – 9, голимумаб – 5, цертолизумаба пэгол - 3). Пациенты с нежелательными реакциями на ФНО в анамнезе (n=11/14,3%) исключены из данного исследования. Группы А и В были сопоставимы по возрасту больных, длительности РА, частоте позитивности по РФ и АЦЦП. При помощи стандартного статистического анализа произведено сравнение активности РА по DAS28^{СРБ} в А и В по подгруппам в зависимости от времени, прошедшего после последнего введения ФНО к моменту осмотра: 1) менее месяца, 2) 1 мес. 3) 2 мес., 4) 4-6 мес. 5) 7 и более мес. после завершения действия препарата. Сроком завершения действия препарата считалась расчетная дата его очередного несостоявшегося введения после последнего состоявшегося.

Результаты и обсуждение. Среднее значение DAS28^{СРБ} на момент завершения действия предыдущего ФНО в группе А (4,7±1/n=17) было достоверно выше, чем в В (3,6±1/n=9), p=0,009.

Через 1 месяц после окончания действия ранее введенного ФНО также различие в средней активности РА по DAS28^{СРБ} было статистически достоверным (в А 5,7±0,9/n=7 vs. в В 4,3±0,9/n=5; p=0,03).

В остальных временных точках после отмены предыдущего ФНО достоверных различий среднего значения DAS28^{СРБ} в А и В выявлено не было: 3) через 2 месяца после завершения эффекта ФНО: в А 5,8±1,1/n=3 vs. в В 4,7±1,1/n=6; 4) через 3-6 мес.: в А 5,9±1/n=5 vs. в В 5±1,2/n=5; 5) через 7 и более мес.: в А 5,9±1,6 vs. в В 5,4±0,9).

Вывод. После отмены эффективных ингибиторов ФНО-альфа по административным причинам «следовой эффект» в виде достоверно более низкой активности РА наблюдался до 2 месяцев после завершения действия препарата. Через 2 и более месяцев средний показатель DAS28^{СРБ} у них достоверно не отличался от такового у больных, получивших ранее ингибитор ФНО-альфа, признанный не эффективным.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК И ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТЬЮ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Мацкевич С.А.¹, Бельская М.И.²

¹Белорусский государственный
медицинский университет,

²Республиканский научно-практический центр
«Кардиология»,

Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Оценить взаимосвязь дисфункции почек и дисфункции эндотелия с артериальной жесткостью у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического генеза.

Материалы и методы. Обследовано 160 пациентов (средний возраст 60,38±6,76 года) с ХСН II, III функционального класса (ФК по NYHA) ишемического генеза. Пациенты с заболеваниями почек и эндокринной патологией в исследование не включены. Медикаментозное лечение: бета-адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или антагонисты рецепторов ангиотензина, дезагреганты, статины, мочегонные. Ультразвуковое исследование сердца проведено на аппарате Vivid-7 (фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) – 50,76±7,24%). Исследование вазомоторной функции эндотелия проводилось с использованием ультразвука высокого разрешения по методу D.S.Celermajer. Уровень цистатина С определяли с использованием наборов Randox (норма до 1,05

мг/л), уровень альфа-1-микроглобулина (А1М) в моче – методом прямого твердофазного иммуноферментного анализа с использованием пары моноклональных антител ИФА-А1М (норма до 10 мг/л), микроальбуминурию (МАУ) в моче – с использованием анализатора Olympus. Скорость клубочковой фильтрации по цистатину С рассчитывали по формуле: $СКФ = -4,32 + 80,35 / \text{цистатин С}$, скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) определялась с помощью компьютерного комплекса «Импекард-М» (величины СРПВ ниже 10,2 м/с соответствуют диапазону нормальных значений).

Результаты и обсуждение. У всех пациентов уровни мочевины, глюкозы крови, ферментов были в пределах нормы. Снижение СКФ (по цистатину С) отмечалось у 65,6% пациентов. Повышенный уровень А1М выявлен в 21,9% случаев, МАУ определялась в 21,2% случаев. В 96,2% случаев отмечалось нарушение вазомоторной функции эндотелия, коэффициент чувствительности плечевой артерии к напряжению сдвига был значительно ниже нормы ($p < 0,01$). У 55% пациентов выявлен повышенный уровень СРПВ, т.е. снижение эластичности (повышение жесткости) артериальных сосудов. В группе пациентов со сниженной СКФ выявлена взаимосвязь уровня цистатина С с ФК ХСН ($R = 0,50$, $p < 0,01$), со СРПВ ($R = 0,45$, $p < 0,01$), и с ФВ ЛЖ ($R = -0,82$, $p < 0,001$), а также взаимосвязь уровня А1М с коэффициентом чувствительности плечевой артерии к напряжению сдвига ($R = 0,46$, $p < 0,01$) и со скоростным показателем дисфункции эндотелия ($R = 0,47$, $p < 0,01$). Таким образом, у большинства пациентов с ХСН ишемического генеза выявлены признаки дисфункции почек при отсутствии клинических проявлений на фоне дисфункции эндотелия и повышенной артериальной жесткости. Данное исследование подтверждает зависимость между показателями дисфункции эндотелия, ФК ХСН и выраженностью протеинурии, измеренной по содержанию А1М в моче. Очевидно, можно рассматривать А1М не только как показатель дисфункции почек, но и как показатель дисфункции эндотелия у пациентов с ХСН. Дисфункция эндотелия связана также с повышением жесткости артерий, у большинства пациентов с ХСН выявлен повышенный уровень СРПВ. Известно, что и риск сердечно-сосудистых заболеваний, и артериальная жесткость увеличиваются даже при незначительном снижении функции почек.

Выводы. Выявленные изменения свидетельствуют о наличии взаимосвязи дисфункции почек и дисфункции эндотелия на фоне повышения артериальной жесткости у пациентов с ХСН ишемического генеза, а также о взаимосвязи дисфункции почек со снижением сократительной функции сердца.

ОЦЕНКА ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ-БАКАЛАВРОВ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ В ОБЛАСТИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Машарипова А.В., Нурғалиева Н.К.,
Дербисалина Г.А.

Медицинский университет Астана,
Нур-Султан, Республика Казахстан

Введение. Понятие паллиативной помощи в Казахстане появилось относительно недавно, но уже стала неотъемлемой частью общей системы медико-социального обслуживания населения. Возрастает потребность пациентов в паллиативном уходе. Поскольку любой медицинский работник когда-то сталкивается с пациентами, нуждающимися в паллиативной помощи, важно, чтобы студенты-бакалавры овладели достаточным уровнем знаний и навыков по оказанию паллиативной помощи в рамках своего обучения. Контролировать симптомы пациентов, оценивать уровень боли, определять потребности пациента, сообщать плохие новости, вести грамотную коммуникацию должен медработник, получивший соответствующую подготовку, иначе это может иметь отрицательные последствия как для пациентов и их близких, так и для самих медработников.

Таким образом, целью данного исследования является оценка знаний студентов-медиков в области паллиативной помощи.

Материалы и методы. Было проведено обзорное описательное поперечное исследование. Исследование проводилось в ноябре 2021 года, в котором приняли участие 52 студента-бакалавра, обучающиеся на третьем, четвертом и пятом курсах, по образовательным программам «Общая медицина» и «Сестринское дело» в НАО «Медицинский университет Астана». Для достижения поставленной цели была разработана анкета, состоящая из 13 вопросов. Собранные данные были проанализированы с помощью IBM SPSS Statistics версии 20 для Windows.

Результаты и обсуждения. Большинство студентов, принявших участие в анкетировании, обучаются по специальности «Общая медицина» (65,4%), остальные 34,6% – «Сестринское дело». Почти все анкетированные (92,3%) утверждают, что знакомы с понятием «паллиативная помощь», однако, на вопрос открытого типа: «Если да, то дайте определение своими словами», лишь 62% смогли дать ответ. Было выявлено, что правильно контролировать симптомы паллиативных больных могут

всего 53,8% студентов, оценивать уровень боли – 65,4% студентов, определять духовные потребности пациента – 73,1% студентов. Почти все студенты (96,2%) считают навык сообщения «плохих новостей» очень важным в практике медработника, более того, 92,3% студентов сообщили, что их обучали сообщать «плохие новости» пациентам и их родственникам, тем не менее, 39% студентов не способны сообщить «плохие новости» пациенту. Так же, 35% студентов считают себя не в состоянии ухаживать за больным в терминальной (конечной) стадии заболевания. Из общего числа студентов 73,1% сообщили, что проходили обучение по коммуникативным навыкам в общении с пациентами в рамках своей образовательной программы. Все 52 респондента признали важность паллиативной помощи на современном этапе развития здравоохранения, и 48 из них сообщили, что имеют потребность в дальнейшем обучении по паллиативной помощи. Статистически значимой разницы в ответах между двумя специальностями ($p=0,09$) и тремя курсами ($p=0,07$) выявлено не было.

Выводы. Хотя студенты имеют понимание о паллиативной помощи и признают ее важность, учебная программа не охватывает многие важные аспекты, что влияет на их неуверенность в этой области. Важно пересмотреть образовательную программу, учитывая современные потребности в подготовленных кадрах в сфере паллиативной помощи.

АССОЦИИРОВАННЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ НАРУШЕНИЙ АВТОНОМНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ С ИЗМЕНЕНИЯМИ МОТОРИКИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Мельник Т.М.

Национальный медицинский университет
имени А.А. Богомольца,
Киев, Украина

Наличие диабетической автономной (вегетативной) нейропатии (ДАН) ухудшает качество жизни больных сахарным диабетом (СД) I типа и определяет неблагоприятный прогноз. Диабетическая желудочно-кишечная автономная (вегетативная) нейропатия (ДЖКАН) с гастропарезом, энтеропатией и холесцистопарезом, является одной из причин

лабильного течения заболевания, и повышения в 2-5 раз риска развития желчнокаменной болезни, в сравнении с общей популяцией.

Цель работы. Изучение связи моторики внепеченочных желчных путей с состоянием автономной нервной системы у больных СД I.

Материалы и методы. Обследовано 103 больных СД I типа, 51 женщин и 52 мужчин, средний возраст $28,5 \pm 0,6$ лет, длительность заболевания от 2 до 23 лет (в среднем $11,3 \pm 0,5$ лет), уровень гликозилированного гемоглобина – $7,7 \pm 0,1\%$. Контрольную группу составили 20 лиц того же возраста и пола. Клинический диагноз ДАН устанавливался с использованием опросника состояния автономной нервной системы (АНС), данных клинического обследования больных на основании критериев выделения синдромов периферической вегетативной недостаточности. Для уточнения диагноза ДАН проводилось исследование состояния сегментарных структур АНС по результатам кардиоваскулярных автономных тестов с определением стадии ДАН согласно классификации: начальная, очевидная или тяжелая. Состояние моторики внепеченочных желчных путей оценивали методом ультразвуковой холецистографии на основании анализа динамики сократимости желчного пузыря на протяжении 60 минут после стандартного желчного завтрака, проводя ее до и через 15, 30, 40, 60 мин после него.

Результаты исследования. У всех обследованных больных по данным ультразвуковой холецистографии выявлены снижение сократимости желчного пузыря со снижением его сократимости на 40-й и 60-й мин после желчегонного завтрака (соответственно $48,5 \pm 3,4$ и $57,7 \pm 3,2\%$ против $59,3 \pm 3,6$ и $70,2 \pm 2,3\%$ у здоровых, $p < 0,05$), и увеличением остаточного объема ($10,3 \pm 1,1$ см³ в сравнении с $3,7 \pm 0,4$ см³ у здоровых, $p < 0,001$). Анализ результатов при распределении больных по стадиям ДАН показал, что у больных без нейропатии и у пациентов с начальной стадией ДАН, сократимость желчного пузыря не была изменена. У пациентов с очевидной стадией ДАН, была ослаблена сократимость желчного пузыря на 15-, 30- и 60-й мин, а с тяжелой стадией была меньшей во все сроки обследования – на 15-, 30-, 40- и 60-й мин и уменьшалась с прогрессированием ДАН. Остаточный объем желчного пузыря у больных с тяжелой ДАН был большим, чем у больных с начальной и очевидной стадиями ДАН. Анализ зависимости форм дискинезий от стадии ДАН показал, что у пациентов без ДАН наблюдались только две формы дискинезии – гиперкинетично-гипотоническая и гипертонично-гиперкинетическая, у больных с ДАН наблюдались также гипокинетиче-

ская и гипокинетично-гипертоническая формы. Эти формы дискинезии были выявлены у 19% пациентов с начальной стадией автономной нейропатии, у 64% – с очевидной и у 71% больных с тяжелой стадией ДАН ($p < 0,01$, в сравнении с начальной стадией), и отсутствовали у больных без нейропатии.

Выводы. У больных СД I типа наблюдалась связь изменений форм дискинезии внепеченочных желчных путей с прогрессированием ДАН. Формы дискинезии желчных путей, характеризующиеся усилением опорожнения желчного пузыря, являются ранними признаками ДЖКАН, а формы со снижением его сократимости, как и увеличение остаточного объема желчного пузыря, являются более поздними ее признаками, наблюдающимися только у больных с развернутыми стадиями автономной нейропатии (очевидной и тяжелой).

ВЗАИМОСВЯЗИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ И РИСКА РАЗВИТИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПОДОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ

Меньшикова А.Н., Сотников А.В.,
Гордиенко А.В., Носович Д.В.

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

Цель работы. Изучить влияние показателей основных видов обмена веществ на развитие легочной гипертензии (ЛГ) у мужчин молодого и среднего возраста в подостром периоде инфаркта миокарда (ИМ).

Материалы и методы. Изучены результаты стационарного обследования 546 мужчин, находившихся на лечении с верифицированным ИМ I типа (в возрасте от 18 до 60 лет). Всем пациентам дважды – в первые 48 часов от момента поступления в стационар и в конце третьей недели ИМ – выполнялся стандартный диагностический алгоритм, включающий, в том числе, выполнение эхокардиографии (ЭхоКГ) и комплекса лабораторных исследований. Среди лабораторных показателей определяли концентрацию глюкозы, электролитов (калия, натрия, хлора, кальция), мочевой кислоты, креатинина в плазме крови, а также параметры липидограммы: ОХ – общий холестерин, ТГ – триглицериды, ЛВП – липопротеиды высокой плотности, ЛПНП – липопротеиды низкой плотности, ЛПОНП – липопротеиды очень низкой плотности, КА – коэффициент атерогенно-

сти ($КА = (ОХ - ЛВП) / ЛВП$). При выполнении ЭхоКГ определяли уровень среднего давления в легочной артерии (СДЛА) по методу А. Kitabatake, затем в зависимости от его значений пациентов разделили на две группы: I – исследуемая – 100 пациентов с нормальным уровнем СДЛА при поступлении и повышением его более 25 мм рт.ст. в конце третьей недели ИМ (средний возраст $51,06 \pm 6,94$); II – контрольная – 446 пациентов с нормальным уровнем СДЛА в обе точки исследования или нормализацией данного показателя к концу третьей недели заболевания ($51,38 \pm 6,06$, $p = 0,1$). Анализ абсолютного (АР) и относительного рисков (ОР) развития ЛГ в конце третьей недели ИМ выполняли с помощью критерия Хи-квадрат Пирсона. Достоверными признавали уровни значимости (p) менее 0,05.

Результаты и обсуждение. Установлено, что риск развития ЛГ в подостром периоде ИМ выше у пациентов с концентрацией глюкозы в плазме крови 4,4 ммоль/л и более (АР: 16,2%; ОР: 5,7; $p = 0,03$), натрия 144,0 ммоль/л и более (АР: 20,2%; ОР: 2,16; $p = 0,0007$), калия 5,1 ммоль/л и более (АР: 17,4%; ОР: 1,95; $p = 0,009$), хлоридов 104,0 ммоль/л и более (АР: 13,0%; ОР: 1,91; $p = 0,02$), а также мочевой кислоты менее 451,0 мкмоль/л (АР: 57,1%; $p = 0,04$), определяемых в первые 48 часов заболевания. Из параметров липидограммы первых 48 часов ИМ на риск развития ЛГ в подостром периоде заболевания оказали влияние уровни ТГ менее 1,3 ммоль/л (АР: 12,7%; ОР: 1,75; $p = 0,02$) и ЛПОНП 1,2 ммоль/л и более (АР: 17,3%; ОР: 2,01; $p = 0,03$). Также доказано влияние на риск развития ЛГ следующих лабораторных показателей конца третьей недели ИМ: уровней калия 4,6 ммоль/л и более (АР: 15,9%; ОР: 2,36; $p = 0,02$), кальция 2,4 ммоль/л и более (АР: 32,2%; ОР: 5,83; $p = 0,001$), креатинина менее 0,1 ммоль/л (АР: 11,5%; ОР: 1,86; $p = 0,03$), ЛПНП менее 2,4 ммоль/л (АР: 22,3%; ОР: 2,78; $p = 0,01$), величины КА менее 5,0 (АР: 24,8%; ОР: 4,57; $p = 0,0002$).

Выводы. Выявлено влияние некоторых показателей обмена веществ на риск развития ЛГ на фоне ИМ у мужчин молодого и среднего возраста. Он оказался выше у пациентов с уровнями: глюкозы $\geq 4,4$ ммоль/л, натрия $\geq 144,0$ ммоль/л, калия $\geq 5,1$ ммоль/л, хлоридов $\geq 104,0$ ммоль/л, мочевой кислоты $< 451,0$ мкмоль/л, ТГ $< 1,3$ ммоль/л, ЛПОНП $\geq 1,2$ ммоль/л (первых 48 часов заболевания); калия $\geq 4,6$ ммоль/л, кальция $\geq 2,4$ ммоль/л, креатинина $< 0,1$ ммоль/л, ЛПНП $< 2,4$ ммоль/л, КА $< 5,0$ (конца третьей недели ИМ). Полученные результаты целесообразно использовать для создания моделей прогнозирования ЛГ на фоне ИМ с целью своевременной диагностики данного состояния и улучшения мероприятий профилактики.

ИНДЕКС ГЛОБАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Минушкина Л.О.^{1,2}, Бражник В.А.^{1,2},
Селезнева Н.Д.^{1,2}, Капустина А.Ю.^{1,3},
Алехин М.Н.^{1,3}, Затейщиков Д.А.^{1,2}

¹Центральная государственная медицинская академия,

²Городская клиническая больница,

³Центральная клиническая больница с поликлиникой,
Москва

Цель исследования. Оценить ассоциацию ИГФЛЖ с особенностями суточного профиля артериального давления у больных с артериальной гипертонией.

Материал и методы исследования. Обследовано 104 больных с артериальной гипертензией, наблюдавшихся на кафедре терапии, кардиологии и функциональной диагностики с курсом нефрологии. Средний возраст больных 58,7±11,73 года, длительность артериальной гипертензии 6,03±10,932 лет, в группе был 51 мужчина (49%) и 53 женщины. У 47 (45,2%) больных АГ соответствовала 1 степени, 26(25,0%) – 2-й степени, 31(29,8%) – 3-ей степени. В обследованной группе было 38 (36,5%) больных с избыточной массой тела, в исследование не включали больных, перенесших инфаркт миокарда или инсульт, страдавших кардиомиопатиями, пороками сердца, сахарным диабетом, патологией щитовидной железы, имевших хронические болезни почек.

Всем пациентам проводилось суточное мониторирование артериального давления, эхокардиографическое исследование, исследование сонных артерий и биохимическое исследование крови. Все пациенты не получали регулярной антигипертензивной терапии

Индекс глобальной функции левого желудочка (ИГФЛЖ) вычисляли как отношение УО к глобальному объему ЛЖ (в %). Глобальный объем ЛЖ рассчитывали, как сумму объема полости левого желудочка (КДО+КСО)/2 и объема миокарда ЛЖ (ММЛЖ/плотность миокарда). Плотность миокарда считали равной 1,05 г/мл.

Результаты исследования. Пациенты были разбиты на квартили по возрасту (границы квартилей 56,50 [48,75-68,25] лет). Отмечено снижение показателя ИГФЛЖ с увеличением возраста - 33,17±7,396%, 31,2±7,84%, 30,3±6,63% и 26,7±6,25% соответственно в разных возрастных группах, $p=0.014$. При проведении корреляционного анализа

выявлена достоверная обратная слабая корреляция ИГФЛЖ с возрастом ($r=-0,215$, $p=0,028$), индексом массы тела ($r=-0,378$; $p=0,001$), вариабельностью артериального давления ($r=-0,307$; $p=0,002$) и среднедневными значениями САД ($r=-0,223$; $p=0,026$) и ДАД ($r=-0,237$; $p=0,018$).

Значимую и независимую ассоциацию со снижением ИГФЛЖ продемонстрировали увеличение индекса массы тела (ExpV 1,217[1,005-1,679], $p=0,009$), нарушение суточного ритма АД с избыточным снижением АД в ночное время (ExpV 1,996[1,035-3,880], $p=0,023$) и высокая вариабельность АД (ExpV 3,571[1,344-7,042], $p=0,046$).

Вывод. Показана независимая ассоциация снижения ИГФЛЖ с увеличением индекса массы тела, избыточным снижением АД в ночное время и высокой вариабельностью систолического АД. Возможно, эти факторы необходимо учитывать при возможной выработке стратегии профилактики развития поражения органов-мишеней АГ.

ДИНАМИКА АД У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Минушкина Л.О.^{1,2}, Казакова А.В.², Давыдова Т.В.²

¹Центральная государственная медицинская академия,

²Городская поликлиника №2,

Москва

Цель исследования. Оценить динамику и вариабельность АД после перенесенной новой коронавирусной инфекции

Материал и методы исследования. Всего в период сентябрь-ноябрь 2021 года углубленную диспансеризацию после перенесенной новой коронавирусной инфекции прошли 744 пациента (средний возраст 61,1±15,22 года). Из них 419 страдали гипертонической болезнью до перенесенного заболевания. В результате диспансеризации было выявлено 47 больных с ухудшением течения гипертонической болезни (25 женщин и 22 мужчины), средний возраст – 51,3±12,63 года. Среди этих больных 5(10,6%) не имели признаков поражения легких по данным КТ, 34 (72,3%) имели поражение легких до 25% (КТ1), 7 (14,9%) – 25-50% (КТ2), 1 больная (2,1%) – КТ3 (поражение более 50% легочных полей).

Всем больным было проведено суточное мониторирование АД, врачебная оценка уровня артериального давления. По данным амбулаторной карты рассчитывались показатели межвизитной

вариабельности артериального давления (АД) до и после перенесенной инфекции. Вариабельность АД рассчитывалась как коэффициент вариации. Фиксировалась антигипертензивная терапия.

Результаты исследования. При сравнении среднесуточных уровней систолического и диастолического АД до и после перенесенной новой коронавирусной инфекции было выявлено достоверное увеличение среднесуточных значений систолического АД ($125,8 \pm 9,03$ мм рт. ст. и $130,6 \pm 8,81$ мм рт. ст., $p=0,004$) и вариабельности систолического АД ($7,02 \pm 4,418$ мм рт. ст. и $10,2 \pm 7,352$ мм рт. ст., $p=0,034$). Диастолическое АД ($79,3 \pm 4,421$ мм рт. ст. и $80,52 \pm 6,702$ мм рт. ст., $p=0,235$) и вариабельность диастолического АД ($5,18 \pm 3,659$ мм рт. ст. и $6,28 \pm 3,872$ мм рт. ст., $p=0,134$) существенно не изменились. По данным суточного мониторирования преобладали пациенты с нормальным суточным ритмом АД - 24 больных (51,1%), 14 больных имели суточный ритм АД типа мягкий-диппер (29,8%), 5 – нон-диппер (10,6%), 4 – овер-диппер (8,5%).

В качестве антигипертензивной терапии бета-блокаторы получали 23 больных (48,9%), антагонисты кальция 17 больных (36,2%), 16 пациентов (34,0%) – ингибиторы АПФ, 23 пациента (48,9%) – блокаторы рецепторов ангиотензина, 14 – диуретики (29,8%). Только назначение антагонистов кальция позволило достоверно снизить уровень систолического АД после перенесенной новой коронавирусной инфекции ($+6,1 \pm 8,35$ мм рт. ст. без антагонистов кальция и $-1,92 \pm 12,52$ мм рт. ст. на фоне антагонистов кальция ($p=0,044$)). Другие группы антигипертензивных препаратов существенно на уровень АД не влияли.

Выводы. После перенесенной новой коронавирусной инфекции у 11,2% больных выявлено ухудшение течения АГ с преимущественным повышением систолического АД и увеличением его вариабельности. Наиболее эффективным средством профилактики гипертензивных реакций после перенесенной инфекции является назначение антагонистов кальция.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛИ В ШЕЕ ПО ТИПУ ЕЕ ЛЕЧЕНИЯ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Михайлюк И.Г.

Центр доказательной медицины,
г. Ярославль

Первичная неспецифическая мышечно-скелетная боль широко распространена в популяции. Одна из частых ее локализаций – область шеи. От 40 до

70% взрослого населения имели хотя бы один эпизод боли в шее, а от 10 до 20% испытывают подобную боль постоянно.

Большое количество пациентов с болью в шее обращаются не за специализированной медицинской помощью, а к врачам общей практики, имеющим минимум времени для решения вопроса о выборе тактики лечения. Наибольшие трудности связаны с тем, что, помимо назначения медикаментозного лечения, часто требуется выбор методик физической реабилитации, важность которых подчеркивает систематический обзор Европейских рекомендаций по лечению боли в спине 2021 года.

Поэтому для врачей общей практики особенно важно иметь четкий алгоритм проведения терапии, основанный на единых критериях. Учитывая, что определение конкретного анатомического субстрата боли в большинстве случаев невозможно, необходимо основывать выбор на клинических критериях, которые можно оценить в рамках первичного приема.

Классификация боли в шее по типу ее лечения, разработанная в 2004 году Childs M. J. с соавторами и дополненная в 2017 году, предлагает разделить пациентов на четыре клинические группы на основании результатов стандартизированного клинического осмотра. Для каждой группы пациентов существуют свои доказанно эффективные методы терапии.

Классификация боли по типу лечения:

1. Боль в шее с ограничением мобильности.
2. Боль в шее с иррадиацией в верхнюю конечность.
3. Боль в шее с нарушениями координации движений.
4. Боль в шее с головной болью.

Обязательными тестами, которые проводят при осмотре пациентов для отнесения их к той или иной группе, являются оценка активных движений позвоночника, тестирование дополнительных межпозвоночных движений, тестирование выносливости сгибателей шеи, нейродинамическое тестирование верхней конечности, тест Спурлинга, тест флексии-ротации.

Основой лечения пациентов первой группы будет являться восстановление нормальной амплитуды движения позвоночника в шейном и грудном отделах. Мануальная терапия показана как начальный этап реабилитации с обязательным переходом к упражнениям, направленным на улучшение подвижности позвоночника.

При наличии боли в шее, распространяющейся в руку, в основе реабилитации лежат стабилизационные упражнения, которые могут дополняться техниками нейродинамической мобилизации и в некоторых случаях тракционной терапией.

У пациентов с нарушениями координации движения основную роль в купировании болевого синдрома играет активная тренировка глубоких мышц, сгибающих шейный отдел позвоночника, и работа с мышцами, стабилизирующими лопатку.

Наиболее эффективными методами физической реабилитации при боли в шее с головной болью будут приемы мобилизации с движениями по Маллигану для шейно-затылочного перехода, которые могут выполняться как в форме мануальной терапии при содействии терапевта, так и в виде самостоятельных упражнений.

БЕЛКИ ОСТРОЙ ФАЗЫ ВОСПАЛЕНИЯ В ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ И ТЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ У БОЛЬНЫХ С MRSA

Муллаханов Ж.Б., Мавлянова Ш.З.
Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр
дерматовенерологии и косметологии,
Ташкент, Республика Узбекистан

В развитии иммунного ответа наряду с антителами и цитокинами, выделяемыми лимфоцитами, также участвуют острофазные белки сыворотки, концентрация которых быстро нарастает при инфекционном процессе.

Цель исследования. Оценка состояния С-реактивного белка в сыворотке крови у больных аллергодерматозами с учетом клинического течения.

Материалы и методы. Было обследовано 95 больных с аллергическими дерматозами (женщин – 54, мужчин – 41) в возрасте от 7 до 80 лет. Контрольную группу составили 29 здоровых лиц соответствующего возраста без проявления каких-либо аллергических заболеваний. По клинической форме больные с атопическим дерматитом составили – 39 (41,1%) и аллергодерматитами – 56 (58,9%).

Результаты и обсуждение. Результаты ИФА по выявляемости С-реактивного белка у больных аллергодерматозами показали, что среди 95 больных у 56 больных (58,9%) отмечалось возрастание уровня С-реактивного белка, что свидетельствует о выраженности воспалительного процесса в организме.

В зависимости от клинической формы, у 39 больных атопическим дерматитом у 24 был выявлен высокий уровень СРБ, что составило 61,5% случаев. Тогда как в группе больных аллергодерматитами среди 56 больных у 32 была обнаружена высокая концентрация СРБ, что составило 57,1% случаев.

Анализ количественной характеристики СРБ в сыворотке крови у больных аллергодерматозами выявил увеличение его концентрации в 4,7 раза по сравнению с показателями контрольной группы и составила в среднем $17,9 \pm 0,9$ мг/мл и имела статистически достоверный характер ($P < 0,05$).

Уровень СРБ с возрастом повышался по сравнению с показателями здоровых лиц и имел статистически достоверный характер. Полученные данные имеют важное значение для оценки степени реактивности организма на воспалительный процесс.

Показатели СРБ были проанализированы с учетом давности заболевания. В группе больных АД уровень СРБ в среднем составил $11,5 \pm 1,9$ мг/мл, тогда как с увеличением давности заболевания повысился в 1,4 раза и в среднем составил $15,8 \pm 2,2$ мг/мл, а с давностью заболевания более 5 лет данный показатель снизился в 1,2 раза, однако оставался в пределах высоких цифр и в среднем составил $12,7 \pm 1,7$ мг/мл соответственно. Такая же тенденция отмечалась в группе больных с аллергодерматитами.

На наш взгляд такое повышение концентрации СРБ у больных аллергическими дерматозами возможно связано с длительной персистенцией условно-патогенной микрофлоры – стафилококков, повышенной вирулентностью, что обусловлено обнаружением генотипов стафилококков.

Так, сопоставляя показатели концентрации СРБ с генотипами стафилококков было выявлено, что у больных с выявленным генотипом MRSA уровень СРБ в среднем составил $18,7 \pm 1,6$ мг/мл, тогда у больных с выявленными генотипами MSSA и MRCoNS уровень С-реактивного белка также повышался и в среднем составил $15,5 \pm 1,5$ мг/мл соответственно.

Анализ результатов исследования С-реактивного белка с учетом степени тяжести по индексу ДИШС в каждой изучаемой группе выявил следующие особенности. Уровень С-реактивного белка у больных АД при легкой степени тяжести по индексу ДИШС в среднем составил $12,9 \pm 2,02$ мг/мл, а при средней степени – $14,4 \pm 1,3$ мг/мл и при тяжелой степени – $18,6 \pm 1,8$ мг/мл, что с увеличением степени тяжести концентрация СРБ также параллельно повышался в 1,1 и 1,4 раза соответственно ($P < 0,05$). Тогда как в группе больных АД концен-

трация СРБ при легкой и средней степени тяжести в среднем составила 17,3+1,6 мг/мл и 16,7+2,8 мг/мл, а при тяжелой степени тяжести увеличилась в 1,1 раза и в среднем составила 18,9+1,7 мг/мл соответственно.

Выводы. Таким образом, анализ полученных результатов свидетельствует о том, что у больных аллергодерматозами отмечается повышение концентрации С-реактивного белка в 58,9% случаев, характеризующееся повышением концентрации в 4,7 раза по сравнению с показателями контрольной здоровой группы, что свидетельствует о прогрессировании воспалительного процесса в организме. Полученные данные требуют нового подхода к патогенетической терапии аллергических заболеваний кожи.

КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Мухамадиева В.Н.¹, Лапшина С.А.^{1,2},
Шамсутдинова Н.Г.¹, Сагитова А.С.¹,
Закирова А.А.¹, Краснова Л.А.¹, Абдракипов Р.З.²,
Сухорукова Е.В.², Абдулганиева Д.И.^{1,2}

¹Казанский государственный медицинский университет имени С.В. Курашова,

²Республиканская клиническая больница,
г. Казань

Цель исследования. Изучить постковидные проявления у пациентов с ревматическими заболеваниями (РЗ) в Республике Татарстан.

Материалы и методы. С июня 2020 по январь 2022 года прослежены 154 случая НКИ с подтвержденным результатом ПЦР SarsCoV2 и/или данным рентгеновской компьютерной томографии (КТ) легких у пациентов с РЗ. В исследование вошли 100 пациентов с ревматоидным артритом (РА), 36 пациентов с анкилозирующим спондилоартритом (АС), 18 пациентов с псориатическим артритом (ПсА). Активность РЗ до НКИ у 56 (36,4%) пациентов была низкой, умеренной у 90 (58,4%) пациентов, у 8 (5,2%) человек высокой. Среди пациентов 110 (71,5%) – женского пола, 44 (28,5%) – мужского, средний возраст – 58 [46; 64]. 28% (43) человек имели бессимптомное или легкое течение НКИ, 66,2% (102) – течение средней степени тяжести, 5,8% (9) человек с тяжелым течением НКИ. Двусторонняя полисегментарная пневмония обнаружена 111 (72,0%) человек. Результаты клинико-лабораторных обследований по РЗ оценивались

до НКИ и через 3 и 6 месяцев после НКИ. Пациентам проведен углубленный опрос через 3 и 6 месяцев после перенесенной НКИ по наличию различных симптомов.

Результаты и обсуждение. Сохранение или появление симптомов после перенесенной НКИ отметили 90,4% пациентов, причем у всех было сочетание не менее 3 различных групп симптомов. Чаще всего встречались астенические проявления в виде снижения качества жизни (КЖ) и работоспособности (РСП) у 85% пациентов: существенное у 47,9% человек, незначительное – 38,7% человек. Вторым по частоте было усиление/появление болей в суставах – 80,8% опрошенных. Усиление/появление мышечных болей, и/или головной боли, и/или дизавтономии встречалось у 47,8%. Появление/усиление одышки и снижение переносимости физической нагрузки отметили 30,8% опрошенных, при этом отсутствовала связь с тяжестью НКИ, а половина пациентов имели легкое течение НКИ. Появление/усиление болей в груди и/или сердцебиений отметили 21,2% человек.

Выводы. У большинства пациентов с РЗ сохраняются постковидные проявления, причем в первую очередь за счет обще конституциональных и суставных симптомов. Проявления самой НКИ в виде респираторных и кардиоваскулярных проявлений сохраняются менее чем у трети пациентов.

КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ СО СПОНДИЛОАРТРИТАМИ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Мухамадиева В.Н.¹, Лапшина С.А.^{1,2},
Шамсутдинова Н.Г.¹, Сагитова А.С.¹,
Закирова А.А.¹, Краснова Л.А.¹, Абдракипов Р.З.²,
Сухорукова Е.В.², Абдулганиева Д.И.^{1,2}

¹Казанский государственный медицинский университет имени С.В. Курашова,

²Республиканская клиническая больница,
г. Казань

Цель исследования. Изучить особенности перенесенной новой коронавирусной инфекции (НКИ) и ее влияние на течение спондилоартритов (СПА).

Материалы и методы. С марта 2020 по январь 2022 года находились под наблюдением 55 пациентов со СПА, перенесших НКИ, с подтвержденным результатом ПЦР SarsCoV2 и/или с помощью рентгеновской компьютерной томографии (КТ) легких. Было включено с анкилозирующим спондилитом (АС) 37 человек, с псориатическим артритом (ПсА) 18 чело-

век. Из них 32 (58,2%) – мужчин, 23 (41,8%) – женщин, средний возраст пациентов составил 49 [37,5; 57,5] лет. Длительность СПА на момент НКИ была 11 [7; 16] лет. Активность СПА до НКВИ у 18 (32,7%) пациентов была низкой, у 31 (56,3%) – умеренной, у 6 (11%) – высокой. Результаты клинико-лабораторных обследований оценивались во время НКИ, через 1 и 3, 6 месяцев после нее. Пациентам проведен углубленный опрос через 3 и 6 месяцев после перенесенной НКИ по наличию различных симптомов.

Результаты. Симптомы НКИ у пациентов с СПА по частоте встречаемости и тяжести были сопоставимы с течением инфекции в популяции. Легкое течение НКИ было у 47,3%, течение средней степени тяжести у 52,7% наблюдаемых, что сопоставимо с общепопуляционными данными. Двусторонняя полисегментарная пневмония выявлена у 29 (52,7%) человек. Исход COVID-19 у всех пациентов – выздоровление. Анализ течения СПА показал увеличение активности через 1 и 3 месяца после НКИ: BASDAI с исходного до COVID-19 $4,3 \pm 1,57$ до $4,9 \pm 1,7$ балла через 3 месяца, аналогично ASDAS CRP с $2,6 \pm 1,2$ до $3,7 \pm 0,2$, BASFI с $3,0 \pm 1,9$ до $3,8 \pm 1,8$. Выявлена положительная корреляция между тяжестью НКИ и индексом BASFI через 3 месяца (0,870). Анализ течения ПсА показал увеличение активности через 1 и 3 месяца после НКИ: DAS28 с исходного $2,78 \pm 0,98$ до $4,15 \pm 1,16$ балла через 3 месяца. Из общего количества переболевших 72,2% пациентов показали повышение активности за счет клинических и лабораторных параметров. Наличие постковидных симптомов после перенесенной НКИ отметили 78,1% пациентов, сочетание более 3 различных симптомов было у 56,3%. Чаще всего встречалось усиление/появление болей в суставах – у 78,1%: существенное – у 61,8%, незначительное – 16,3% опрошенных. Усиление/появление мышечных болей, и/или головной боли, и/или дизавтономии встречалось у 72,7%. Это может быть оценено как обострение основного заболевания, или, наоборот, появление артралгий и миалгий могло оказать влияние на увеличение индексов активности АС и ПсА. Вторыми по частоте были снижение качества жизни (КЖ) и работоспособности (РСП) у 69,0% пациентов: существенное у 36,3% человек, незначительное у 32,7% человек. Появление/усиление одышки и снижение переносимости физической нагрузки отметили 60% опрошенных. Среди них 34,5% человек со средней степенью тяжести, 25,4% человек с легким течением НКИ.

Заключение. Новая коронавирусная инфекция привела к усилению боли и увеличению активности АС, длительному сохранению постковидных проявлений в виде скелетно-мышечной боли и астенических симптомов в виде снижения качества жизни. При этом специфические респираторные симптомы встречались у трети пациентов и не были связаны с тяжестью самой НКИ.

НЕИНВАЗИВНАЯ ОЦЕНКА ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Мухаметшина Э.И.¹, Хамзина Ф.Т.¹,
Кириллова Э.Р.^{2,3}, Абдулганиева Д.И.^{2,3}

¹Казанский (Приволжский)

федеральный университет,

²Казанский государственный
медицинский университет,

³Республиканская клиническая больница,
г. Казань

Цель. Оценить изменения печени у пациентов с псориатическим артритом (ПсА).

Материалы и методы. Каждому пациенту проводилось клиническое и биохимическое обследование, по результатам которых были рассчитаны индекс активности ПсА (DAPSA) и индексы оценки фиброза печени: fatty liver index (FLI), fibrosis-4 (FIB-4) index. Для оценки жесткости печени была выполнена эластография печени на аппарате «Phillips Affiniti 70» с применением точечной эластографии сдвиговой волны конвексным датчиком частотой 1-6 МГц; при этом проводилось 10 измерений и рассчитывалась медиана модуля Юнга в кПа. Статистический анализ проводился с использованием критерия корреляции Спирмена в пакете прикладных программ «Statistica 10» (Stat Soft).

Результаты и обсуждение. В исследование были включены 73 пациента с ПсА., 28 (38%) мужчин и 45 (62%) женщин. Средний возраст пациентов составил 44 (37; 51) года, продолжительность псориатического артрита 6,7 (0,8; 10,0) лет. Средний показатель DAPSA составил 17,7 (8,5; 20,0), при этом основная часть пациентов имела низкую 32 (44%) и умеренную 26 (36%) активность ПсА, 12 (16%) пациентов имели высокую активность, 3 больных (4%) были в ремиссии.

При оценке индексов были получены следующие результаты. Средний показатель индекса FIB-4 был 0,93 (0,58; 1,10), при этом показатель <1,45 (отсутствие фиброза) был отмечен у 67 (92%) пациентов, показатель >3,25 (ассоциирован с высокой степенью фиброза) – у 2 (3%) пациентов. Средний показатель индекса FLI был 41,1 (13,6; 69,9), при этом показатель <30 (отсутствие фиброза) был отмечен у 34 (47%) пациентов, показатель >60 (ассоциирован с высокой степенью фиброза) – у 23 (32%) пациентов. Была отмечена достоверная корреляция между индексами.

При эластографии печени средний показатель жесткости составил 4,1 (3,1; 4,5) кПа, при этом значение менее 5,7 кПа (отсутствие фиброза) было выявлено у 65 (89%) пациентов, в то время как значение более 15 кПа (ассоциировано с высокой степенью фиброза и/или циррозом) не было отмечено ни у одного пациента. Достоверной корреляции между показателями жесткости печени по данным эластографии с биохимическими индексами оценки фиброза выявлено не было.

Выводы. Пациенты с ПСА имеют низкие значения индексов FLI и FIB-4, а также жесткости печени по данным эластографии, что предполагает низкий риск развития фиброза печени.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СИНДРОМА ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИИ НА ЭТАПАХ ТРАНСФОРМАЦИИ АРИТМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА В ЖАРКОМ КЛИМАТЕ (I)

Мухамметгульева О.С.

Научно-клинический центр физиологии,
Ашхабад, Туркменистан

Цель. Изучение взаимосвязей синдрома желудочковой аритмии (ЖА) с электрической нестабильностью миокарда (ЭНМ) у больных аритмической болезнью сердца (АБС) в ходе ее трансформации, с оценкой их прогноза.

Материал и методы работы. Обследованы 4 группы больных АБС, с разделением каждой на 2 подгруппы: 1-ую – с клинически латентным и 2-ую – с манифестным синдромом ЖА. 1-ая группа согласно концепции АБС была отнесена к ее функциональному этапу, ее составил 31 больной нейроциркуляторной дистонией (НЦД), 2-ая – к органическому, в нее вошел 71 больной хронической ИБС (далее ИБС). Последующие 2 группы были отнесены к стадии слияния первичного и органического этапов АБС: в 3-ую вошли 27 больных первичным синдромом слабости синусового узла (ПСССУ)+ИБС; в 4-ую – 36 больных первичной полной блокадой левой ножки пучка Гиса (ППБЛНПГ)+ИБС. Контроль составили 24 здоровых лица. ПСССУ и ППБЛНПГ были верифицированы согласно имевшихся у больных в амбулаторных картах предыдущих, до выявления ИБС, электрофизиологических (ЭФ) заключений. Всем лицам проводилось общеклиническое обследование, включая ЭФ-исследование (ЭФИ) проводящей системы сердца (ПСС), суточный мониторинг ЭКГ (СМ ЭКГ) и

оценку клинического статуса по методу Дж.Меметова (1990). Данный метод включает в себя определение в баллах выраженности (Ф) 3-х клинических синдромов: желудочковых нарушений ритма (Фжнр), сердечной (Фнк) и коронарной недостаточности (Фкн), согласно значений которых тяжесть состояния обследованных лиц оценивалась как 0 – отсутствие, 1 – легкая, 2 – средняя и 3 – тяжелая степень.

Результаты. На донозологическом этапе у здоровых лиц значения всех взятых показателей не отличались от данных, полученных в умеренном климате. Это говорило о динамичности процесса адаптивного ремоделирования ПСС, направленного на оптимизацию функционального состояния сердечно-сосудистой системы. У больных на функциональном этапе АБС по 2-м подгруппам была выявлена диспропорциональность среди сохранных значений ЭФ- и СМ ЭКГ-показателей, отличная от полученных в умеренном климате, что явилось свидетельством благоприятного прогноза. На этом фоне было неожиданным обнаружение клинически малых значений Фжнр, с оценкой их состояния как легкой степени тяжести. У больных НЦД данные гемодинамические ситуации были рассмотрены как состояние устойчивой компенсации и отнесены к проявлениям трансформации функционального этапа АБС в органический. При выявлении у них в последующем ИБС при ЭФИ ПСС была найдена хронотропная недостаточность (ХронН) и ригидность сердечного ритма (РСР) при сохранных значениях средней частоты сердечных сокращений (ЧССср.) при СМ ЭКГ. Состояние больных согласно суммарной оценке значений 3-х синдромов было оценено как средней тяжести, при этом по 1-ой подгруппе наиболее высокими оказались значения Фкн, а по 2-ой – значения Фжнр и Фнк. У больных 3-4 групп при ЭФИ ПСС было найдено усугубление ХронН при низких значениях т.Венкенбаха по 1-ым подгруппам и высоким – по 2-ым. При СМ ЭКГ у больных ППБЛНПГ+ИБС по 1-ым подгруппам РСР выявлялась при урежении ЧССср. до 60, а у больных ПСССУ+ИБС – до 45 уд./мин. Их состояние согласно суммарной оценке полученных значений Фжнр, Фнк и Фкн было средней тяжести по 1-ым подгруппам и тяжелым – по 2-ым. Проявления ХронН по 2-4 группам больных были аналогичны выявляемым при ПСССУ, с более яркой ее картиной по 2-м подгруппам. Приоритетность наших наблюдений об однотипности и однонаправленности происходящих в ПСС патофизиологических процессов, отражающих прогрессию ЭНМ у больных АБС в ходе ее трансформации, подтверждена патентом на изобретение № 715 «Способ диагностики ЭНМ при АБС» от 15.03.2017.

Выводы. У больных АБС на начальном этапе нахождение обоих вариантов синдрома ЖА говорило о благоприятном прогнозе, обнаружение их и особенно манифестного варианта на последующих этапах ее трансформации было оценено как предикторы риск-стратификации пациентов с высоким риском ЭНМ. Данные факты позволили согласиться с мнением о синдроме ЖА как переходном состоянии и согласовывались с известной концепцией синдрома «аридного напряжения», согласно которой в жарком климате течение физиологических и патологических состояний имеет свои особенности, при этом у кардиологических больных выявляется более ограниченный диапазон адаптивных возможностей сердечно-сосудистой системы. Они же послужили одной из причин срывов адаптации при воздействии резких перемен погодных факторов у части наших больных, с непредсказуемостью времени и места наступления фатальных исходов.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СИНДРОМА ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИИ НА ЭТАПАХ ТРАНСФОРМАЦИИ АРИТМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА В ЖАРКОМ КЛИМАТЕ (II)

Мухамметгульева О.С.

Научно-клинический центр физиологии,
Ашхабад, Туркменистан

Цель. Изучение причинно-следственных связей синдрома желудочковой аритмии (ЖА) и аритмогенного ремоделирования левого желудочка (АР ЛЖ) у больных аритмической болезнью сердца (АБС) в ходе ее трансформации, с оценкой их прогноза.

Материал и методы работы. Обследованы 4 группы больных, с разделением каждой на 2 подгруппы: 1-ая – с клинически латентным и 2-ая – с манифестным синдромом ЖА. 1-ая группа согласно концепции АБС была отнесена к ее функциональному этапу, в нее вошел 31 больной нейро-циркуляторной дистонией (НЦД), 2-ая из 71 больного хронической ИБС (далее ИБС) – к органическому. Последующие 2 группы были отнесены к стадии слияния первичного и органического этапов АБС: 3-ую составили 27 больных первичным синдромом слабости синусового узла (ПСССУ)+ИБС; 4-ую – 36 больных первичной полной блокадой левой ножки пучка Гиса (ППБЛНПГ)+ИБС. Контроль составили 24 здоровых лица. Всем лицам проводилось общеклиническое обследование, включая эхокардиографию (ЭхоКГ),

суточный мониторинг ЭКГ (СМ ЭКГ) и оценку клинического статуса по методу Дж.Меметова (1990). Данный метод включает в себя определение в баллах выраженности (Ф) клинических синдромов желудочковых нарушений ритма (Фжнр), сердечной (Фнк) и коронарной недостаточности (Фкн), согласно значений которых тяжесть состояния обследованных лиц оценивалась как 0 – отсутствие, 1 – легкая, 2 – средняя и 3 – тяжелая степень.

Результаты. На донозологическом этапе у здоровых лиц значения всех взятых показателей не отличались от данных, полученных в умеренном климате. Они отразили высокий регуляторно-адаптивный статус их сердечно-сосудистой системы в обеспечении гомеостаза организма. У больных НЦД была выявлена диспропорциональность среди сохранных значений ЭхоКГ-показателей, отличная от полученных в умеренном климате. При этом было неожиданным обнаружение клинически малых значений Фжнр, с оценкой их состояния как легкой степени тяжести. Эти клинические ситуации были отнесены к проявлениям перехода функционального этапа АБС в органический. При выявлении у них в последующем ИБС были обнаружены выходящие за границы нормы рост значений размеров и объемов ЛЖ с регрессией значений его фракций выброса и сократимости (ФВ и ФС), что явились отражением дезадаптивности АР ЛЖ, при этом по 2-ой подгруппе дополнительно в сочетании с уменьшением значений толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП). Состояние больных ИБС было оценено как средней тяжести, при этом по 1-ой подгруппе наиболее высоким оказалось значение Фкн, а по 2-ой – значения Фжнр и Фнк. У больных ПСССУ+ИБС по 1-ой подгруппе больных было найдено АР ЛЖ в виде его патологической дилатации при сохранных значениях ФВ и ФС и симметричном росте толщины стенок до 11 мм, а по 2-ой – при снижении значений ФВ, ФС и ТМЖП. При этом интересным был факт выявления на ЭКГ покоя ПБЛНПГ в 66,7% случаев. Эта картина говорила об отсутствии должной компенсации на фоне резкой брадикардии, эпизодов синкопэ и тахи-брадикардии. Состояние больных ПСССУ+ИБС было оценено как средней тяжести, при этом по 1-ой подгруппе наиболее высоким оказалось значение Фкн, а по 2-ой – значения Фжнр и Фнк. У больных ППБЛНПГ+ИБС была найдена патологическая дилатация ЛЖ с резким снижением значений ФВ и ФС, которые сочетались по 1-ой группе с регрессией значений ТМЖП и росте значений толщины задней стенки ЛЖ (ТЗСЛЖ), а по 2-ой – с ее большей, до 8 мм регрессией на фоне значений ТЗСЛЖ до 9 мм. Это сопровождалось дополнительно обнаружением по 1-ой группе больных типа А парадоксального движения (ПД) МЖП в 94,1% и типа В – 5,9% случаев, а по 2-ой – типа А в 88,9% и типа В – в 11,1%

случаев. Наличие типа В ПД МЖП объяснило более выраженную диссинхронию и негативные сдвиги в функциональном состоянии миокарда. Обнаруженная у больных ППБЛНПГ+ИБС ситуация в виде дезадаптивного АР ЛЖ и своеобразных сдвигах со стороны толщины его стенок оказалась наиболее близка к изменениям, обнаруживаемым по данным литературы при аритмогенном сердце. Состояние больных с ППБЛНПГ+ИБС было оценено как средней степени. Приоритетность наших наблюдений об однотипности и однонаправленности происходящего АР ЛЖ, подтверждена патентом на изобретение №715 «Способ диагностики ЭНМ при АБС» от 15.03.2017.

Выводы. Тесные связи клинических проявлений с определенными типами АР ЛЖ и сопряженными с ними функциональными состояниями миокарда у больных АБС отразили кумуляцию эффекта негативного «перехлеста» компенсации и свидетельствовали о формировании аритмогенной кардиомиопатии в ходе ее прогрессии. Взятые параметры были отнесены к предикторам риск-стратификации пациентов с очень высоким риском внезапной смерти. Дезадаптивное АР ЛЖ с избыточной регрессией ТМЖП явилось спутником манифестного синдрома ЖА.

ВЛИЯНИЕ РАЗНЫХ КЛАССОВ ТАБЛЕТИРОВАННЫХ САХАРОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ ТЕСТА С 6-ТИ МИНУТНОЙ ХОДЬБОЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Мухин И.В., Миминошвили В.Р., Зубрицкий К.С.
Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького,
г. Донецк, ДНР

Цель исследования. Анализ влияния разных классов противодиабетических препаратов на функциональные параметры сердечно-сосудистой системы в тесте с 6-ти минутной ходьбой у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и сахарным диабетом 2-го типа (СД 2-го типа).

Материал и методы. Обследованы пациенты ХСН с СД 2-го типа в возрасте $43,7 \pm 0,5$ лет с длительностью диабета $4,2 \pm 0,16$ года.

Методом случайной выборки пациенты были распределены в 4 группы наблюдения, которые были

статистически гомогенными по возрасту ($\chi^2=2,1$, $p=0,34$), полу ($\chi^2=0,9$, $p=0,81$), длительности ($\chi^2=1,3$, $p=0,58$) и тяжести СД ($\chi^2=2,8$, $p=0,16$), тяжести ХСН ($\chi^2=0,1$, $p=0,92$), однако различающиеся по противодиабетической терапии. В группу 1 включено 26 (26,3%) человек, которые получали метформин и гликлазид. В группу 2 вошли 25 (25,3%) пациентов, которые получали метформин + производные глюкагонподобного пептида-1 (ГПП-1). В группу 3 включены 23 (23,2%) пациента, которые получали метформин и ингибиторы дипептидилпептидазы-4 (ДПП-4). В группу 4 включено 25 (25,3%) пациентов, которые получали метформин и ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа (иНГЛТ-2). Базисная терапия включала ингибитор АПФ или сартан, бета-адреноблокатор или ивабрадин, нитрат продленного действия, реже – диуретик. Группа контроля состояла из 30 практически здоровых людей аналогичного пола и возраста.

Для оценки влияния терапии на функциональную способность организма, использован тест с заданной скоростью ходьбы – SWT (Shuttle Walk Test).

Все изучаемые показатели оценивались до начала лечения, через 3 месяца (период подбора и оптимизации дозировок препаратов) и через 3 года от начала исследования.

Результаты и обсуждение. Динамика теста с 6-ти минутной ходьбой в группе 1 проявлялась в виде статистически значимого ($p < 0,05$) уменьшения пройденного расстояния между этапом 1 ($387,9 \pm 2,18$) и 2 ($382,3 \pm 2,30$) – 5,6 метров, между этапом 2 ($382,3 \pm 2,30$) и 3 ($369,1 \pm 2,19$) – 13,2 метров ($p < 0,05$). В группе 2 достоверная разница между этапами 1 ($387,5 \pm 2,47$) и 2 ($383,0 \pm 2,11$) равнялась 4,5 ($p < 0,05$), между этапом 2 ($383,0 \pm 2,11$) и 3 ($370,4 \pm 2,08$) ($p < 0,05$) 12,6 метров соответственно. В группе 3 она составила между этапом 1 ($388,7 \pm 2,14$) и 2 ($385,0 \pm 2,39$) 3,7 ($p < 0,05$), между этапом 2 ($385,0 \pm 2,39$) и 3 ($382,3 \pm 2,49$) 2,7 соответственно. В группе 4 различия между этапами 1 ($388,3 \pm 2,23$) и 2 ($387,1 \pm 2,17$) равнялись 1,2 ($p > 0,05$), между этапом 2 ($387,1 \pm 2,17$) и 3 ($385,0 \pm 2,90$) 2,1 ($p > 0,05$) метра соответственно.

Выводы. Стандартная и часто используемая на практике комбинация метформина с гликлазидом, а также метформином с ГПП-1 производными негативно влияла на величину теста с 6-ти минутной ходьбой, что проявлялось в виде прогрессирующего снижения данного показателя на протяжении 3-х летнего периода. Комбинация метформина с ДПП-4 ингибиторами и метформина с НГЛТ-2 продемонстрировали способность сохранять величину теста с 6-ти минутной ходьбой на прежнем уровне, что можно рассматривать с позиции кардиопротективных характеристик данных комбинаций глюкозоснижающих средств.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВОЗРАСТ-АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ, ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Мякотных В.С., Сиденкова А.П., Мещанинов В.Н.,
Остапчук Е.С.

Уральский государственный
медицинский университет,
г. Екатеринбург

Цель исследования. Выявление гендерно-зависимых клинических проявлений и разработка персонализированных методов профилактики и лечения возраст-ассоциированной патологии.

Материалы и методы. В течение 10 и более лет проводился ряд сравнительных исследований, в которых приняло участие 1410 пациентов в возрасте от 18 до 103 лет, подразделенных на группы и подгруппы в зависимости от возраста и пола. Направления исследований: эпидемиологическое, клиническое, клиничко-лабораторное, клиничко-инструментальное, клиничко-психологическое, лечебно-профилактическое. В процессе сопоставления результатов исследований определилась уникальная целостная картина старения и формирования возраст-ассоциированной патологии у представителей разного пола.

Результаты и обсуждение. Совершенно различными у пожилых мужчин и женщин оказались распространенность и клиническое течение сердечно-сосудистой, в частности цереброваскулярной патологии. Хроническая ишемия головного мозга у мужчин развивается на 10-15 лет позднее, чем у женщин, а острые нарушения мозгового кровообращения, наоборот, возникают раньше. Среди женщин постинсультные когнитивные нарушения встречаются в 100%, у мужчин – в 59,8%. Женщины в 3,5 раза чаще, чем мужчины, страдают сахарным диабетом 2-го типа при рано формирующейся недостаточности половых гормонов. Восстановительные процессы после перенесенных острых сердечно-сосудистых катастроф быстрее и полней происходят у мужчин с высоким уровнем содержания тестостерона в крови. С возрастом и на фоне многих возраст-ассоциированных заболеваний у женщин происходит очень активное снижение гормона адаптации мелатонина. У мужчин этот процесс не столь активен, но зато в 2,2 раза по сравнению с периодом молодого возраста снижается уровень нейротрофического фактора – BDNF. Отсюда лучшие результаты лечения сердечно-сосудистой, цереброваскулярной патологии нейропептидными препаратами у мужчин, адаптогенами – у женщин.

Деменция альцгеймеровского и сосудистого типов значительно чаще встречается у женщин, чем у мужчин в возрасте старше 60 лет. Среди всех пациентов с деменцией разной степени выраженности 84,6% – жен-

щины. Также у пожилых женщин чаще, чем у мужчин встречается депрессия, соответственно в 38,9 и 13,3%. Отчетливо различается и клиническая «окраска» деменции и депрессии у представителей разного пола.

Совершенно различны у представителей разного пола последствия перенесенного стресса и течение стресс-индуцированных заболеваний. У мужчин посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) развивается поэтапно и претерпевает клинические изменения на протяжении десятилетий, у женщин формируется гораздо раньше, и клиническая динамика ПТСР отчетливо связана с развитием климакса.

Совершенно различно отношение к качеству жизни у пожилых пациентов разного пола после перенесенных тяжелых заболеваний. Приоритеты мужчин наиболее связаны с возможностью хорошей переносимости физических нагрузок и сохранением сексуальной активности. Приоритеты женщин направлены на сохранение семейных ценностей и выполнение домашних, бытовых обязанностей.

Выводы. Гендерные различия в формировании и развитии процесса старения и связанных с ним возраст-ассоциированных патологических процессов совершенно очевидны. Существенные половые особенности следует учитывать при составлении персонализированных программ геропротекции, профилактики и лечения заболеваний и патологических состояний, определении мер психологической поддержки пожилых пациентов.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ДЕНОСУМАБ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Навменова Я.Л.¹, Савастеева И.Г.¹, Махлина Е.С.²,
Чернова Н.Ф.¹, Москвичева Т.И.¹

¹Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека,

²Гомельский государственный
медицинский университет,
г. Гомель, Республика Беларусь

Цель исследования. Оценка эффективности терапии постменопаузального остеопороза (ПМО) препаратом деносумаб.

Материалы и методы. В исследование включены 32 женщины в постменопаузе, с установленным ПМО. Пациентки на период 24 месяца и более получали деносумаб 60 мг 1 раз в 6 месяцев подкожно в сочетании с препаратами кальция и витамина Д. Всем пациентам проводилась количественная оценка минеральной плотности кости (МПК) до лечения, через 12 и 24 месяцев наблюдения, с использовани-

ем двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии поясничного отдела позвоночника (L1–IV) и шейки бедра (ШБ) справа и слева. Проводилась оценка изменения выраженности боли с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), степень выраженности болевого синдрома оценивали до лечения, через 12 и 24 месяцев наблюдения. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладных программ SPSS 23.0.

Результаты и обсуждение. Средний возраст женщин, включенных в исследование составил 61,76 [59,35; 68,47] лет. Средний возраст наступления менопаузы составил 47,52 [43,13; 49,83] лет, средняя длительность менопаузы к моменту обследования – 12,64 [10,10; 21,62] лет. Медиана значений Т-критерия в L1–LIV составила до лечения

«-»2,55[-2,90; -1,90], через 12 месяцев лечения «-»2,10[-2,65; -1,70], через 24 месяца лечения «-»1,85[-2,55; -1,45] ($p < 0,05$). Медиана значения Т-критерия в шейки бедра (ШБ) справа составила до лечения «-»1,90[-2,60; -1,40], через 12 месяца лечения «-»1,70[-2,00; -1,10], через 24 месяца лечения «-»1,50[-2,10; -1,05] ($p < 0,05$). Медиана значения Т-критерия в ШБ слева составила до лечения

«-»1,90[-2,50; -1,10], через 12 месяца лечения «-»1,50[-2,25; -1,10], через 24 месяца лечения «-»1,40[-2,15; 0,90] ($p < 0,05$). Медиана значений выраженности боли по ВАШ до, через 12 и 24 месяца лечения составила 5,5/4/2 баллов соответственно ($p < 0,05$). За 24 месяца суммарный рост Т-критерия L1–LIV составил 15,5%, Т-критерия в области ШБ справа 9,3% и ШБ слева 9,4%.

Выводы. Терапия деносумабом 60 мг подкожно 2 раза в год с интервалом в 6 месяцев на протяжении 24 месяцев в сочетании с препаратами кальция и витамина Д позволила достоверно увеличить минеральную плотность костной ткани поясничного отдела позвоночника и шеек бедренных костей, а также достоверно снизить выраженность болевого синдрома по ВАШ.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Налетов А.В., Дубовик А.В., Свистунова Н.А.
Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького,
г. Донецк, ДНР

Цель исследования. Изучить особенности течения синдрома раздраженного кишечника (СРК) у пациентов перенесших COVID-19.

Материалы и методы. На базе ООО «Медицинский центр Гастро-лайн г. Донецк» было обследовано 60 пациентов с СРК с преобладанием диареи. У 30 пациентов появление симптомов СРК было связано с перенесенной коронавирусной инфекции (основная группа). Группу сравнения составили 30 больных с классическим СРК, индуцированным стрессом. У всех пациентов были проанализированы данные анамнеза заболевания, особенности течения функционального расстройства и выраженность гастроинтестинальных симптомов.

Для оценки степени тяжести абдоминального болевого синдрома использована простая описательная шкала интенсивности боли, при помощи которой пациент характеризовал наличие абдоминального болевого синдрома: отсутствие боли, легкая, умеренная, сильная, очень сильная, невыносимая боль.

Результаты и обсуждение. Изучив анамнестические сведения пациентов основной группы, было установлено, что длительность постковидного периода на момент обращения к гастроэнтерологу у них составляла от 2 недель до 4 месяцев (в среднем 2 месяца и 1 неделя). Манифестация клинических симптомов СРК у 66,7±8,6% пациентов произошла во время основных клинических проявлений COVID-19, а у 33,3±8,6% – в постковидный период. У 16,7±6,8% пациентов основной группы течение коронавирусной инфекции характеризовалось преобладанием гастроинтестинальных симптомов. Антибактериальная терапия на этапе лечения коронавирусной инфекции была проведена у 73,3±8,1% пациентов основной группы. При этом повторные курсы антибиотикотерапии использовались у 46,7±9,1% больных.

В основной группе проявления СРК сочетались с симптомами диспепсии (чувство переполнения после приема пищи, тошнота, раннее насыщение, эпигастральная боль или жжение) – 73,3±8,1% больных. Среди пациентов группы сравнения лишь у 1/3 больных мы регистрировали симптомы диспепсии – 33,3±8,6%, что было статистически значимо ($p < 0,01$) реже относительно основной группы.

Выявлено, что наибольшую долю пациентов в основной группе статистически значимо ($p < 0,001$) составили больные с сильно выраженным абдоминальным болевым синдромом – 56,7%. Легкая степень тяжести абдоминальной боли выявлена у 10,0±5,6%, умеренная и очень сильная – по 16,7±6,9% больных.

В свою очередь в группе сравнения нами был установлен статистически значимый уровень отличий ($p < 0,05$) лишь между размерами долей пациентов с умеренным и очень сильным абдоминальным болевым синдромом: 40,0% и 6,7%, соответственно.

У 20,0% пациентов группы сравнения установлена легкая степень абдоминального болевого синдрома, а у 33,3% – сильная.

Выводы. Таким образом, для пациентов с СРК, перенесшим COVID-19, характерным является более тяжелая клиническая симптоматика заболевания в сравнении с пациентами, страдающих классическим СРК. При этом для данных больных характерно сочетание функциональных нарушений со стороны кишечника и верхних отделов желудочно-кишечного тракта, что проявляется формированием overlap-синдрома – сочетанием СРК и функциональной диспепсии. Для пациентов с СРК, перенесших COVID-19, также характерно наличие более тяжелого абдоминального болевого синдрома в сравнении с пациентами с классическим СРК.

РАЗВИТИЕ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ У ПАЦИЕНТКИ НА ФОНЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Немоляева Е.К., Волошинова Е.В., Сафарова К.Н.
Саратовский государственный медицинский
университет имени В.И. Разумовского,
г. Саратов

Цель исследования. Оценить значение инфекции COVID-19 в развитии тромботической микроангиопатии (ТМА) на примере клинического случая.

Материалы и методы. Представлено клиническое наблюдение пациентки М. 45 лет, выявленное в г. Саратове. Проведена оценка анамнеза, данных лабораторных и инструментальных методов исследования, объективных данных.

Результаты и обсуждение. Пациентка М., 45 лет. С 20 лет беспокоили сильные головные боли, с 30 лет – артериальная гипертензия (АГ) с повышением артериального давления (АД) до 200 и 100 мм рт. ст., постоянная антигипертензивная терапия не проводилась до марта 2016 г. В течение последних 10 лет принимала комбинированные оральные контрацептивы (КОК). В 2016 г. впервые обследована в стационаре по поводу АГ. Выявлена начальная ангиопатия сетчатки обоих глаз, почечная функция не нарушена, гематологические показатели в норме. Назначена трехкомпонентная антигипертензивная терапия (блокатор рецепторов ангиотензина, блокатор кальциевых каналов, бета-адреноблокатор), на этом фоне АД 150 и 90 мм рт. ст. В октябре 2021 г. отмечено резкое

ухудшение самочувствия: повышение температуры тела до 39°C, сухой кашель, повышение АД до 180 и 100 мм рт. ст., тошнота, рвота. Антигипертензивная терапия без эффекта. При повышении АД до 300 и 140 мм рт. ст. госпитализирована с подозрением на транзиторную ишемическую атаку (ТИА). В связи с высокой азотемией и положительным тестом ПЦР на SARS-CoV-2 лечение продолжено в инфекционном отделении Областной клинической больницы: начаты процедуры острого гемодиализа (ОГД), терапия коронавирусной инфекции. При поступлении: гемоглобин 77 г/л, тромбоциты 136×10^9 /л, креатинин крови 760 мкмоль/л, мочевины 47 ммоль/л, лактатдегидрогеназа (ЛДГ) до 1940 Е/л, шизоцитоз 0,3%, антитела к двуспиральной ДНК 34,8 МЕ/мл. Диурез сохранен, суточная протеинурия 2,2 г/л. Выставлен диагноз вероятной системной красной волчанки, волчаночного нефрита. Проведена пульс-терапия метилпреднизолоном 500 мг №3, эффекта в плане улучшения почечной функции не отмечено. Развитие тяжелого диализ-зависимого острого почечного повреждения (ОПП) в сочетании с тромбоцитопенией, признаками микроангиопатической анемии у пациентки с плохо контролируемой АГ на фоне длительного приема КОК могло свидетельствовать в пользу ТМА. Выполнена диагностическая нефробиопсия, иммунокомплексного гломерулярного поражения не выявлено.

Заключение. ТМА. Активность металлопротеиназы ADAMTS-13 не определялась, однако уровень тромбоцитопении и тяжесть почечного поражения позволили выставить диагноз атипичного гемолитико-уремического синдрома как наиболее вероятной причины ТМА. Начата патогенетическая терапия экулизумабом согласно протоколу, после первого же введения препарата уровень азотемии снизился, сеансы ОГД были прекращены. В динамике креатинин крови 361 мкмоль/л, лечение экулизумабом продолжается, длительность терапии препаратом у данной категории пациентов на сегодняшний день не определена. Пациентке показано генетическое исследование на наличие полиморфизма генов регуляции системы комплемента.

Выводы. Представленную в наблюдении ТМА можно с большой вероятностью расценить как вторичную, индуцированную длительным приемом КОК на фоне тяжелой неконтролируемой АГ. Безусловно, инфекция SARS-CoV-2 явилась критическим триггером тяжелой генерализованной дисфункции эндотелия с развитием ОПП, потребовавшего заместительной почечной терапии. Продемонстрировано значение нефробиопсии при ОПП неясного генеза. Идентификация ТМА как его причины позволила своевременно начать патогенетическую комплемент-блокирующую терапию и прекратить проведение гемодиализа.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ БИСОПРОЛОЛА НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Немченко В.О., Овсянников Е.С.

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

Одним из патофизиологических проявлений прогрессирования гипертонической болезни (ГБ) является 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 дисфункции 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.

МАТЕМАТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ

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

Введение. Наследственные и приобретенные тромбофилии являются причиной 10% криптогенных ишемических инсультов у больных. Актуальность исследования обусловлена тем, что патогенез, ишемических инсультов сложный, требует дальнейшего изучения. Новизной работы является использование методов математического моделирования сосудистых, тромбофилических нарушений у пациентов с последствиями острых нарушений мозгового кровообращения.

Цель исследования. Улучшить прогнозирование тяжести течения ишемических инсультов

при моделировании и анализе неврологических расстройств у пациентов.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 125 больных, страдающих последствиями ишемических инсультов в вертебрально-базиллярном и/или каротидном бассейнах. Возраст пациентов составил $55,4 \pm 11,4$ года. 1 группу составляли 61 больной с последствиями перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения по типу ишемии, по лакунарному подтипу; 2 группу – 64 пациентов с последствиями ишемических инсультов по атеротромботическому подтипу. Статистический анализ показателей больных осуществлялся с помощью лицензионной статистической программ Excel. В клинической картине у 43 пациентов 1 группы преобладали проводниковые церебральные расстройства пирамидной системы и чувствительности. В клинической картине у 39 пациентов 2 группы с большей частотой развивались проводниковые церебральные расстройства пирамидной системы и чувствительности. По данным линейного регрессионного анализа наихудший прогноз по тяжести течения гиперфибриногенемии и гипергомоцистеинемии имели пациенты 1 и 2 групп пожилого возраста, соответственно.

Заключение. Выполнение неврологических, лабораторных, инструментальных методов исследования позволяет улучшить диагностику, первичную и вторичную профилактику ишемических инсультов у пациентов. Построение математических моделей параметров позволило детализировать патогенез, коморбидность у исследованных больных. Наследственные тромбофилии, вызванные молекулярно-генетическим полиморфизмом генов фактора V Лейдена, протромбина G20210A, дефицитом белка C и дефицит белка S в плазме крови связаны с повышенным риском развития ишемических инсультов по лакунарному и/или атеротромботическому подтипу у пациентов. Ишемический инсульт у людей молодого возраста встречается реже, чем у пожилых, но лежащие в его основе патогенез и факторы риска более многогранны.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА ПРИ ОБОСТРЕНИИ

Носивец Д.С.

Днепропетровский национальный университет
имени О. Гончара,
г. Днепр, Украина

Подагрический артрит (ПА) является одним из наиболее распространенных заболеваний суста-

вов. За последнее время произошли некоторые изменения в принципах фармакотерапии этой патологии, которые относятся как к стратегии лечения острого подагрического приступа, так и к стратегии и тактике урат-понижающей терапии. В основе болезни лежит скопление кристаллов моноурата натрия в тканях суставов и периодическая взрывоподобная фагоцитарная активация нейтрофилов этими кристаллами. Современная литература утверждает, что подагра относится к немногим излечимым заболеваниям суставов. В частности, устойчивая нормализация уровня мочевой кислоты в сыворотке крови приводит к постепенному растворению кристаллов моноурата натрия и исчезновению причины ПА. Однако в клинической практике лечение этого заболевания связано с рядом затруднений и не всегда приводит к быстрому результату.

Цель работы. Осветить подходы фармакотерапии ПА при обострении.

Материалы и методы. Проанализированы результаты амбулаторного лечения 54 больных с обострением ПА. Верификация диагноза проводилась на основании жалоб, клинического осмотра пациентов и данных рентгенологического и лабораторного методов исследования (уровень мочевой кислоты сыворотки крови). Эффективность лечения оценивалась по уровню снижения болевого синдрома, восстановлению статико-динамической функции сустава и уровню мочевой кислоты сыворотки крови пациентов. Целевой уровень мочевой кислоты в сыворотке крови обычно должен составлять не более 360 мкмоль/л, а при наличии значительных тофусов, хронического ПА или частых обострений – 300 мкмоль/л. Достижение меньших концентраций мочевой кислоты в сыворотке крови приводит к ускорению растворения кристаллов моноурата натрия в тканях и сокращению периода выздоровления пациентов.

Результаты и их обсуждение. Обострение ПА на начальных стадиях является основным проявлением подагры, длится от 5 до 14 суток и даже при отсутствии лечения может закончиться самостоятельно, однако раннее лечение может устранить клинические проявления в течение нескольких часов. Эффективность лечения зависит от времени начала фармакотерапии, которую следует начинать в течение 12 часов после первых симптомов. Для устранения проявлений ПА необходимо использование колхицина в начальной дозе 1 мг с последующим приемом 0,5 мг через 1 час. В последующие дни рекомендуется прием 1 мг/сут. Для устранения приступа можно использовать НПВП (диклофенак натрия, индометацин), которые обычно назначаются в максимальной терапевтической дозе с обязательным мониторингом общего состоя-

ния пациента для профилактики и раннего выявления возможных осложнений. НПВП могут использоваться как в качестве самостоятельного средства устранения приступа, так и в виде дополнения к колхицину (при тяжелых и резистентных приступах). Для лечения острого ПА возможно назначение преднизолона внутрь в дозе 30-35 мг в течение 5 суток с последующей быстрой его отменой. Также возможно внутрисуставное и/или околосуставное введение кортикостероидов (бетаметазон, метилпреднизолон), а в некоторых случаях можно назначать эти средства внутримышечно однократно. Для поддержания целевого уровня мочевой кислоты в некоторых случаях назначали фебуксостат в дозе 80 мг/сут.

Использование предложенных подходов фармакотерапии у 54 больных с обострением ПА привело к устранению клинических проявлений заболевания в течение от 1 до 3 сут. от начала лечения, однако достижение целевого уровня мочевой кислоты в сыворотке крови произошло в течение 5-7 сут.

Выводы. Использованные принципы фармакотерапии ПА позволили устранить проявления заболевания в течение первых трех суток с момента манифестации обострения.

МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА

Нурбаева К.С.¹, Голоева Р.Г.¹, Лисицына Т.А.¹,
Решетняк Т.М.^{1,2}, Лиля А.М.^{1,2}

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

²Российская медицинская академия непрерывного
профессионального образования,
Москва

Введение. Болезнь Бехчета – системный васкулит, характеризующийся гиперактивацией нейтрофильного звена. Нейтрофильно-лимфоцитарное отношение (NLR), тромбоцитарно-лимфоцитарный индекс (PLR), средний объем тромбоцитов (MPV) считаются маркерами воспаления. Значение их определения при болезни Бехчета четко не установлена.

Цель. Оценить значение NLR, MPV, PLR, лейкоцитов, абсолютного числа нейтрофилов, скорости оседания эритроцитов (СОЭ) при болезни Бехчета.

Материалы и методы. В исследование было включено 40 пациентов с достоверным диагнозом болезни Бехчета (согласно международным критериям болезни Бехчета 2014 г.) и 40 практически здоровых контроля без острых инфекционных

заболеваний на момент включения. Средний возраст больных с болезнью Бехчета – $36 \pm 12,2$, мужчины – 70%, длительность заболевания – $16 \pm 10,8$, 8 пациентов (22,5%) не получали терапию глюкокортикоидами (ГК) или базисными противовоспалительными препаратами (БПВП). Активность болезни Бехчета оценивалась с помощью трансформированного по шкале интервалов индекса BDCAF (Behçet Disease Current Activity Form). Средний возраст контрольной группы – $40 \pm 12,07$, 50% мужчины. Для оценки уровня лейкоцитов, NLR, MPV, PLR, СОЭ использовался гематологический анализатор Sysmex XN 1000 (Япония). Статистическая обработка данных выполнялась в программе IBM SPSS Statistics Version 26. Проверку нормальности распределений осуществляли критерием Шапиро-Уилка. Количественные переменные описывались в виде $M \pm \sigma$, где M – среднее значение, σ – стандартное отклонение и Me (Q25-75), где Me – медиана, Q25 и Q75 – 25% и 75% квантили. Количественные признаки сравнивались с использованием критерия Манна-Уитни или t-критерия Стьюдента. Корреляционный анализ проводился с помощью рангового коэффициента корреляции Спирмена. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. У пациентов с болезнью Бехчета наблюдался более высокий уровень лейкоцитов (7,2 [6,1;9,4] vs. 6,2 [5,3;6,9], соответственно, $p=0,004$) и нейтрофилов в абсолютном количестве (4,14 [3,31-5,6] vs. 3,55 [2,9-4,33], соответственно, $p=0,025$) по сравнению с контролем. Уровень СОЭ, PLR, NLR значимо не различались между группами. Интересно отметить, что в нашем исследовании MPV был значимо ниже у больных с болезнью Бехчета по сравнению с контролем ($9,56 \pm 0,97$ vs. $12,8 \pm 0,67$, $p=0,003$). Выявлена прямая положительная связь между PLR и СОЭ ($r_s=0,338$, $p=0,031$), PLR и NLR ($r_s=0,351$, $p=0,024$) и обратная связь между PLR и лейкоцитами ($r_s=-0,388$, $p=0,012$). NLR прямо коррелировало с уровнем СРБ ($r_s=0,37$, $p=0,017$), но не с СОЭ ($r_s=0,26$, $p=0,1$). Установлена тенденция к корреляции между активностью по BDCAF и уровнем СОЭ ($r_s=0,28$, $p=0,058$) и СРБ ($r_s=0,27$, $p=0,06$). У пациентов без терапии ГК и БПВП наблюдалось более высокое значение PLR по сравнению с больными, получающими лечение ($167,2 \pm 49,85$ vs. $112,46 \pm 33,77$, $p < 0,001$). Достоверных различий между уровнем лейкоцитов, NLR, MPV, СОЭ и СРБ между пациентами с терапией и без лечения не получено.

Вывод. Определение NLR, MPV, PLR может быть дополнительным инструментом в комплексном обследовании и оценке активности пациентов с болезнью Бехчета.

ВЛИЯНИЕ МИНИМАЛЬНОЙ ОСТАТОЧНОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ И ИММУНОГЕННОСТИ ИНГИБИТОРОВ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ А НА ИХ ЭФФЕКТИВНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Нуриахметова Т.Ю.¹, Васильев А.Г.²,
Абдулганиева Д.И.¹

¹Казанский государственный
медицинский университет,

²Городская клиническая больница №7,
г. Казань

Цель исследования. Определить различия в связи эффективности ингибиторов фактора некроза опухоли α (иФНО- α) с их минимальной остаточной концентрацией и иммуногенностью у пациентов с ревматическими заболеваниями (РЗ) и воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК).

Материал и методы. В исследование были включены 123 пациента: 70 (56,9%) с РЗ (50 (40,7%) с анкилозирующим спондилитом и 20 (16,3%) с ревматоидным артритом) и 53 (43,1%) с ВЗК (38 (30,9%) с болезнью Крона и 15 (12,2%) с ЯК). Ответ на терапию оценивался по следующим критериям: при АС ASAS20, при РА EULAR, при БК CDAI и при ЯК индекс Мейо. С помощью готовых коммерческих наборов производилось измерение минимальной остаточной концентрации (МОК) и уровня АТ непосредственно перед очередным введением препарата. Пороговые значения терапевтической МОК для АДА и ЦЗП не различались между группами нозологий (5 мкг/мл и 20 мг/л, соответственно). Низкая МОК ИНФ была определена на уровне ≤ 1 мкн/мл для РЗ и ≤ 5 мкг/мл для ВЗК.

Результаты и обсуждение. При РЗ сохранение эффективности иФНО- α в течение всего периода наблюдения в 23 [8; 24] месяца наблюдалось в 1,3 раза чаще, чем при ВЗК ($n=60$, 85,7% против $n=35$, 66%, соответственно, ОШ 1,298, 95%ДИ 1,046 – 1,61, $p=0,01$). Неэффективность ЦЗП реже развивалась в группе РЗ, чем ВЗК (4,8% против 35,3%, ОШ 1,472, 95ДИ 1,023 – 2,0, $p=0,031$). Эффективность ИНФ и АДА была сопоставима в обеих группах.

Значения МОК всех иФНО- α не различались между группами нозологий ($p>0,05$). Частота выявления низкой МОК на различалась между РЗ и ВЗК ($n=26$ (40,6%) против $n=27$ (45,8%), $p>0,05$), однако наиболее часто низкая МОК выявлялась у пациентов с ($n=12$, 80%, ОШ 5,6, 95%ДИ 1,493 – 20,999, $p=0,006$). При этом именно при РЗ низкая МОК была достоверно ассоциирова-

на с ускользанием ответа (80%, ОШ 6,0, 95%ДИ 1,172 – 30,725, $p=0,036$), в то время как в группе ВЗК доля пациентов с низкой МОК среди «ответчиков» и «неответчиков» не различалась (50% против 51,4%, $p>0,05$). Положительные АТ были выявлены у 14 (20%) пациентов с РЗ и 8 (15,1%) пациентов с ВЗК. Различий в частоте формирования АТ между разными препаратами выявлено не было. Среди «неответчиков» с РЗ и ВЗК положительные АТ были выявлены в 4 (40%) и 2 (11%) случаях, соответственно. При отдельном анализе пациентов, получавших ИНФ и ЦЗП, которые, в отличие от АДА, не являются полностью гуманизированными моноклональными АТ, было выявлено, что среди «неответчиков» с РЗ у большинства ($n=3$, 75%) были выявлены положительные АТ, в то время как среди пациентов с ВЗК с неэффективностью терапии лишь у 14,3% ($n=2$) определялись АТ (ОШ 0,056, 95%ДИ 0,004 – 0,838, $p=0,044$).

Выводы. У большинства пациентов с РЗ неэффективность терапии иФНО- α ассоциирована с низкой МОК или положительными АТ, в то время как у пациентов с ВЗК эти факторы являются причиной ускользания ответа лишь в половине случаев.

АНАЛИЗ ПАРАМЕТРОВ АКТИВНОСТИ ЖИРОВОЙ ТКАНИ И ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ОЖИРЕНИЕМ

Овсянников Е.С., Гречкин В.И.

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

Цель исследования. Провести сравнительную оценку уровня адипокинов и показателей липидного спектра крови у больных ХОБЛ с нормальной массой тела и ожирением.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 160 больных ХОБЛ (группа D) вне обострения. Больные были разделены на 2 группы. Группа 1 – 80 больных ХОБЛ с нормальной массой тела (ИМТ 18,5-24,9 кг/м²): 71 мужчин и 7 женщин, средний возраст 61,39 \pm 7,72 лет. Группа 2 – 80 больных ХОБЛ с ожирением (ИМТ \geq 30 кг/м²): 69 мужчин и 11 женщин, средний возраст 61,83 \pm 6,85 лет. Исследуемые группы были сопоставимы по полу ($\chi^2=1,66$; $p=0,12$) и возрасту ($F=0,11$, $p=0,24$). Наряду с рутинным клинико-функциональным обследованием у больных в каждой группе оценивали уровни показателей профиля адипокинов – лептина, адипонектина, резистина, а также липидного спектра крови

– общего холестерина, холестерина ЛПНП, ЛПВП, триглицеридов. Также определяли индекс висцерального ожирения (ИВО).

Результаты и обсуждение. У больных 2 группы по сравнению с пациентами 1 группы был достоверно выше уровень лептина, и составил $43,49 \pm 23,58$ нг/мл и $12,54 \pm 9,72$ нг/мл, соответственно ($F=71,02$, $p=0,0000$). При этом значения резистина у пациентов исследуемых групп достоверно не различались: $9,42 \pm 4,37$ нг/мл у пациентов 1 группы и $9,52 \pm 4,88$ нг/мл у пациентов 2 группы ($F=0,22$, $p=0,87$). Уровень адипонектина был выше у больных ХОБЛ с нормальной массой тела по сравнению с пациентами с ожирением и составил $124,87 \pm 91,3$ мкг/мл и $107,54 \pm 83,12$ мкг/мл, соответственно. При этом значение F-отношения в результате проведенного одностороннего дисперсионного анализа (ANOVA) оказалось равным 3,21 при $p=0,134$, что свидетельствовало об отсутствии статистически значимых различий между группами. Уровень общего холестерина, холестерина ЛПНП, триглицеридов у больных 2 группы был достоверно выше, чем у больных 1 группы, и составил $6,12 \pm 2,34$ ммоль/л и $5,56 \pm 1,67$ ммоль/л ($F=5,18$, $p=0,014$), $4,54 \pm 2,23$ ммоль/л и $3,78 \pm 1,64$ ммоль/л ($F=8,12$, $p=0,0076$), $1,16 \pm 0,45$ ммоль/л и $0,93 \pm 0,11$ ммоль/л ($F=5,85$, $p=0,013$), соответственно. При этом значения холестерина ЛПВП были достоверно выше у больных 1 группы по сравнению с пациентами 2 группы: $1,22 \pm 0,13$ ммоль/л и $1,12 \pm 0,55$ ммоль/л ($F=38,79$, $p=0,0001$). Значения ИВО у больных 2 группы были достоверно выше, чем у больных 1 группы, и составили в среднем $2,23 \pm 1,34$ и $1,07 \pm 0,31$, соответственно ($F=33,56$, $p=0,0001$).

Выводы. Таким образом у больных ХОБЛ и ожирением по сравнению с больными ХОБЛ и нормальной массой тела достоверно выше уровень лептина, основных атерогенных показателей липидного профиля, а также индекса висцерального ожирения, что может указывать на повышенный риск кардиометаболических расстройств и развития сахарного диабета, ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, утяжеляющих состояние больных ХОБЛ.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

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

Цель исследования. Оценить клинико-функциональные параметры у больных ХОБЛ и ожирением

в сравнении с больными ХОБЛ с нормальной массой тела.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 160 больных ХОБЛ (группа D) вне обострения. Больные были разделены на 2 группы. Группа 1 – 80 больных ХОБЛ с нормальной массой тела (ИМТ $18,5-24,9$ кг/м²): 71 мужчин и 7 женщин, средний возраст $61,39 \pm 7,72$ лет. Группа 2 – 80 больных ХОБЛ с ожирением (ИМТ ≥ 30 кг/м²): 69 мужчин и 11 женщин, средний возраст $61,83 \pm 6,85$ лет. Исследуемые группы были сопоставимы по полу ($\chi^2=1,66$; $p=0,12$) и возрасту ($F=0,11$, $p=0,24$). Наряду с рутинным клинико-лабораторным обследованием оценивали течение ХОБЛ по числу обострений за последние 12 месяцев, не потребовавших госпитализации, а также числу госпитализаций по поводу обострения ХОБЛ за последние 12 месяцев. Для оценки выраженности кашля, продукции мокроты, одышки, общей слабости использовалась визуальная аналоговая шкала (ВАШ). Степень выраженности симптомов ХОБЛ также оценивалось с помощью опросника COPD Assessment Test (CAT). Из определяемых параметров спирометрии учитывали постбронходилатационные значения ОФВ₁, ФЖЕЛ, индекса Тиффно, выраженные в процентах от должного.

Результаты и обсуждение. Частота обострений ХОБЛ за предыдущий год, не потребовавших госпитализации, а также госпитализаций по поводу обострения ХОБЛ за последние 12 месяце у больных 1 группы была достоверно выше, чем у больных 2 группы, и составила $1,91 \pm 0,32$ и $1,4 \pm 0,74$ ($F=7,08$, $p=0,012$), и $1,72 \pm 0,54$ и $1,31 \pm 0,72$ ($F=8,11$, $p=0,013$), соответственно. Выраженность одышки, продукции мокроты, общей слабости по ВАШ у больных 1 группы были достоверно выше, чем у больных 2 группы, и составили $7,51 \pm 1,33$ и $6,03 \pm 1,21$ ($F=24,22$, $p=0,0000$), $3,71 \pm 1,64$ и $2,86 \pm 1,75$ ($F=6,91$, $p=0,015$), $6,60 \pm 1,54$ и $5,56 \pm 1,15$ ($F=7,43$, $p=0,003$), соответственно. Выраженность кашля по ВАШ у больных, а также симптомов по CAT между группами достоверно не отличались: $3,68 \pm 1,88$ и $3,52 \pm 1,17$ ($F=1,45$, $p=0,35$), $23,14 \pm 9,35$ и $22,01 \pm 5,74$ ($F=0,74$, $p=0,26$), соответственно. Средние значения ОФВ₁, ФЖЕЛ, индекса Тиффно были достоверно выше у больных 2 группы по сравнению с 1 группой и составили $46,56 \pm 14,29\%$ и $31,39 \pm 15,13\%$ ($F=38,65$, $p=0,0000$), $73,51 \pm 18,65\%$ и $54,39 \pm 20,34\%$ ($F=37,43$, $p=0,0000$), $62,08 \pm 7,18\%$ и $55,54 \pm 7,83\%$ ($F=23,70$, $p=0,0000$). С учетом полученных результатов спирометрии, группы 1 и 2 также достоверно различались по распределению больных по степени бронхиальной обструкции (GOLD 1, 2, 3, 4) ($\chi^2=57,54$; $p=0,0000$; Kendall's Tau b $-0,325$, $p=0,0000$).

Выводы. У больных ХОБЛ и ожирением выраженность одышки, продукции мокроты и общей слабости достоверно ниже по сравнению с больными ХОБЛ с нормальной массой тела, при достоверно более высоких значениях ОФВ1, ФЖЕЛ, индекса Тиффно. Больные ХОБЛ и ожирением реже склонны к обострениям заболевания по сравнению с больными с нормальной массой тела.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ОЖИРЕНИЕМ

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

Цель исследования. Оценить уровень показателей провоспалительного и противовоспалительного цитокинового профиля у больных ХОБЛ с нормальной массой тела и у больных ХОБЛ и ожирением.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 160 больных ХОБЛ (группа D) вне обострения. Больные были разделены на 2 группы. Группа 1 – 80 больных ХОБЛ с нормальной массой тела (ИМТ 18,5-24,9 кг/м²): 71 мужчин и 7 женщин, средний возраст 61,39±7,72 лет. Группа 2 – 80 больных ХОБЛ с ожирением (ИМТ≥30 кг/м²): 69 мужчин и 11 женщин, средний возраст 61,83±6,85 лет. Исследуемые группы были сопоставимы по полу ($\chi^2=1,66$; $p=0,12$) и возрасту ($F=0,11$, $p=0,24$). Наряду с рутинным клинико-функциональным обследованием у всех больных в каждой группе оценивали уровни интерлейкина-4 (IL-4), интерлейкина-6 (IL-6), интерлейкина-8 (IL-8), интерлейкина-10 (IL-10), С-реактивного белка (СРБ), фактора некроза опухоли- α (ФНО- α), интерферона- γ .

Результаты и обсуждение. У больных 2 группы по сравнению с пациентами 1 группы были достоверно выше уровни СРБ, интерферона- γ , ФНО- α , и составили в среднем 0,381 (0,001; 6,618) мг/л и 0,001 (0,001; 0,377) мг/л ($U=908,0$, $p=0,003$), 1,513 (0,001; 8,871) пг/мл и 0,001 (0,001; 1,268) пг/мл ($U=765,0$, $p=0,004$), 0,001 (0,001; 0,421) пг/мл и 0,001 (0,001; 0,001) пг/мл ($U=538,0$, $p=0,013$), соответственно. Что касается других оцениваемых показателей, исследуемые группы достоверно не различались, а именно средние значения уровня IL-4, IL-10, IL-6, IL-8 в группе 1 и 2 составили 11,27±8,27 пг/мл

и 12,17±10,11 пг/мл ($F=0,54$, $p=0,62$), 169,66±91,72 пг/мл и 154,02±67,37 пг/мл ($F=0,12$, $p=0,58$), 21,32 (3,76; 39,76) пг/мл и 23,5 (7,87; 58,76) пг/мл ($U=489,0$, $p=0,23$), 19,83 (15,51; 37,59) пг/мл и 18,61 (15,34; 26,01) пг/мл ($U=-462,0$, $p=0,17$), соответственно.

Выводы. У больных ХОБЛ и ожирением выраженность системного воспаления по уровню С-реактивного белка, фактора некроза опухоли- α , интерферона- γ выше, чем у больных ХОБЛ и нормальной массой тела. В то же время, показатели цитокинового профиля, такие как интерлейкин-4, интерлейкин-6, интерлейкин-8, интерлейкин-10, достоверно не различались у больных ХОБЛ с нормальной массой тела и ожирением.

ВОСПРИЯТИЕ ПАЦИЕНТАМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И ИХ ЛЕЧЕНИЯ

Огарев В.В.^{1,2}, Ялтонский В.М.², Сирота Н.А.²,
Саджая С.Т.², Бодунова Н.А.¹

¹Московский клинический научный центр
имени А.С. Логинова,

²Московский государственный
медико-стоматологический университет
имени А.И. Евдокимова,
Москва

Введение. В ранних исследованиях, посвященных изучению психики при онкологических заболеваниях, выявленные нарушения описывались без соотношения с локализацией опухоли. Со временем стали описывать различные проявления психических реакций в зависимости от локализации. Так, по результатам исследования, при раке легкого и меланоме не обнаружено депрессивной симптоматики, тогда как при злокачественных опухолях желудка депрессивная симптоматика наблюдалась в 60% случаях.

Цель. Установить структурно-содержательные характеристики восприятия болезни и высокотехнологичного хирургического лечения взрослых со злокачественными опухолями желудка.

Методики исследования. «Краткий опросник восприятия болезни» – Э. Бродбент; Ялтонский В.М., Сирота Н.А., Московченко Д.В., Ялтонская А.В.; Психодиагностика беспокойства о прогрессировании онкологического заболевания – Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Московченко, Д.В.; Опросник способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями – Вассерман Л.И.; Сокращенный многофакторный опросник

для исследования личности – Зайцева В.П.; Опросник восприятия операции на пищеварительном тракте – Hirani, пилотажная версия В. М. Ялтонского.

Результаты. По результатам «Краткого опросника восприятия болезни» сформированы группы: 1-я (n=22) – пациенты, воспринимающие болезнь как выраженную угрозу жизни и здоровью, 2-я (n=28) – пациенты с умеренной угрозой болезни. Восприятие пациентов 1-ой группы характеризуется оценкой последствий заболевания как тяжелых, выраженной озабоченностью болезнью и представлениями о своей умеренной способности контролировать болезнь наряду с восприятием низкой контролируемости лечения. Восприятие пациентов 2-ой группы, характеризуется оценкой последствий заболевания как умеренных. Умеренной озабоченностью болезнью и представлениями о своей слабой способности контролировать болезнь наряду с восприятием низкой контролируемости лечения. Страх прогрессирования болезни пациентов 1-ой группы характеризуется умеренными выраженностью негативного мышления, умеренной выраженностью эмоционального реагирования, и интенсивностью беспокойства о прогрессировании, сниженной убежденности об эффективности лечения. Страх прогрессирования у пациентов 2-ой группы характеризуется слабыми интенсивностью беспокойства, негативного мышления и эмоционального реагирования. При сравнительном исследовании копинг-стратегий больных раком желудка выявило достоверно значимые различия между группами по копингу «Положительная переоценка». Пациенты с восприятием болезни как выраженной угрозы достоверно чаще прибегают к копингу «Положительная переоценка». Профиль личности пациентов 1-ой группы характеризуется в рамках нормативного диапазона преобладанием эмоциональной лабильности (истерии), пессимистичности (депрессии), ригидности (паранояльностью) в сравнении с пациентами 2-ой группы.

Выводы. На основе анализа теоретических и эмпирических данных было выявлено, что злокачественные новообразования несут в себе сильную эмоциональную и стрессовую нагрузку, которая воспринимается по-разному. Исследование восприятия болезни и лечения у онкологических больных является необходимым для оказания квалифицированной психосоциальной помощи, включенной в общую систему помощи больным с онкологией. Пациенты подвергаются лечению, хирургическому вмешательству, что влияет на изменение привычного уклада жизни и требует ресурсов, как физических, так и психических. На данном этапе полезна психологическое сопровождение для успешной адаптации к условиям болезни, а также приверженности продолжению лечения.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19: ВОПРОСЫ БЕЗ ОТВЕТА

Окороков А.Н.¹, Бураков И.И.²

¹Витебский государственный ордена
Дружбы народов медицинский университет,
г. Витебск, Республика Беларусь,

²Белорусский государственный
медицинский университет,
Минск, Республика Беларусь

Цель. Анализ руководящих документов для врачей РБ и РФ о порядке оказания медицинской помощи пациентам с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в условиях пандемии COVID-19 и определение перспективных направлений клинических исследований в данном секторе здравоохранения.

Материалы и методы. Во временных рекомендациях об организации оказания медицинской помощи пациентам с инфекцией COVID-19 (Приказ МЗ РБ от 11.11.2021 № 1424) указано, что хроническая патология легких (бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, бронхоэктатическая болезнь, муковисцидоз и т.д.) является фактором, отягчающим течение инфекции COVID-19 наряду с возрастом пациентов (старше 55 лет), наличием сопутствующих заболеваний: морбидное ожирение; хроническая кардиоваскулярная патология; злокачественные новообразования; заболевания, в лечении которых используются иммуносупрессивные, глюкокортикоидные лекарственные средства; а также перенесенная трансплантация солидных органов или костного мозга, туберкулез, вирусные гепатиты; онкогематологические и системные заболевания соединительной ткани.

В методических рекомендациях, действующих на территории РФ: профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19) от 14.10.2021 указано, что при выявлении инфекции COVID-19 у пациента с ХОБЛ дыхательная недостаточность может прогрессировать быстрее. Это диктует необходимость пристального наблюдения за такими пациентами и регулярного контроля газового состава крови (по нашим наблюдениям эти пациенты в состоянии покоя удовлетворительно переносят снижение сатурации кислорода крови менее 90%). На фоне инфекции COVID-19 базисная терапия ХОБЛ бронхолитиками длительного действия считается облигатным элементом общей схемы лечения. При этом системные ГКС рекомендовано назначать по правилам лечения обострений ХОБЛ.

Результаты и обсуждение. Не смотря на двух-летний опыт работы терапевтических стационаров РБ

в новых условиях, отсутствуют убедительные (с позиций доказательной медицины) ответы на ряд вопросов, относящихся к ведению пациентов с инфекцией COVID-19 коморбидных по ХОБЛ. В том числе, отличаются ли клинические проявления и исходы инфекции COVID-19 у пациентов с ХОБЛ от общей популяции. С практической точки зрения (с клинических, фармакотерапевтических позиций) представляет интерес также изучение особенностей течения инфекции COVID-19 у пациентов с различными фенотипами заболевания (в том числе при частых обострениях, при преобладании эмфиземы, либо при перекресте астмы и ХОБЛ и т.п.). Не установлено влияние перенесенной инфекции COVID-19 на течение ХОБЛ. Сложности проведения такого рода исследований усугубляет информация о том, в период, предшествующий пандемии COVID-19 имела место недооценка распространенности ХОБЛ в общей популяции [Gershon A.S., Thiruchelvam D., Chapman K.R., et al., 2018].

Заключение. С учетом глобальности изменений жизненных стереотипов населения, индуцированных текущей эпидемиологической ситуацией, и ставящих перед системами здравоохранения новые вопросы, резонно предположить возникновение многоплановых изменений в порядке оказания медицинской помощи пациентам с ХОБЛ. Мы считаем, что оптимальные управленческие решения по совершенствованию фармакотерапии, медицинской реабилитации пациентов с ХОБЛ и предоставления услуг по уходу в условиях социального дистанцирования должны приниматься с позиций доказательной медицины с использованием технологий виртуальной реальности.

ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ ФОТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНЫХ ПРОГРАММАХ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Орлов М.М.¹, Петелина Е.В.², Орлов М.А.¹

¹Астраханский государственный
медицинский университет,
г. Астрахань,

²Центр реабилитации Фонда социального страхования
Российской Федерации «Тинаки»,
Астраханская область

Светолечение сегодня является одним из наиболее востребованных методов физиотерапии и важным компонентом программ медицинской реабилитации. Методы фототерапии, несмотря на многовековую историю применения, постоянно находятся в динамическом развитии: качественно обновляется

методология процедур, совершенствуется аппаратное оснащение. Особую актуальность использованию фототерапии добавляет появление на этапах реабилитации большого количества больных с различной патологией, перенесших коронавирусную инфекцию.

Цель. Изучить эффективность включения низкоинтенсивной фототерапии в комплексные программы реабилитации больных с различной патологией.

Материал и методы. В общей сложности было обследовано 93 больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в возрасте от 41 до 59 лет (1 группа) и 38 больных с артериальной гипертензией (АГ) II ст. в возрасте от 44 до 57 лет (2 группа), прибывших в Центр реабилитации «Тинаки». Значение показателя шкалы реабилитационной маршрутизации у всех пациентов было 3 балла (умеренное нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности). При поступлении в центр реабилитации и при выписке из него всем пациентам проводилась комплексная оценка клинического состояния, в том числе, с использованием стандартных методов функционального исследования, тестов и т.д. В зависимости от результатов обследования составлялась индивидуальная программа медицинской реабилитации (диета, терренкур, лечебная гимнастика, бальнеолечение, занятия на тренажерах, массаж), дополненная комбинированной фототерапией (лазеротерапия, поляризованный свет).

Результаты и обсуждение. Итоги реабилитации показали высокую эффективность проводимых мероприятий. Пациенты обеих групп отмечали улучшение общего самочувствия, повышение толерантности к физической нагрузке, уменьшение дозы лекарственных препаратов. У больных первой группы, на фоне улучшения клинической картины заболевания (уменьшение кашля, одышки и количества сухих хрипов) было установлено достоверное повышение следующих показателей функции внешнего дыхания: форсированной жизненной емкости легких – $79,2 \pm 1,8\%$ ($68,4 \pm 2,1\%$); объема форсированного выдоха – $76,5 \pm 2,6\%$ ($65,6 \pm 3,1\%$); максимальной объемной скорости выдоха – $76 \pm 1,9\%$ ($65 \pm 3,1\%$) и пикфлоуметрии: $371,9 \pm 3,8$ л/мин ($352,6 \pm 4,1$ л/мин). Биопозитивное воздействие света в комплексе с другими методами реабилитации у пациентов второй группы выразилось в значимом снижении систолического и диастолического артериального давления ($12,5\%$ и $13,8\%$ соответственно) и урежении частоты сердечных сокращений на 9-11 за минуту, что подтверждает благоприятные сдвиги в работе вегетативной нервной системы.

Выводы. Выявленные положительные результаты в обеих группах наблюдения свидетельствуют о целесообразности включения методов комбинированной фототерапии в программы реабилитации пациентов ХОБЛ и АГ. Полученные итоги исследова-

дования также позволят применять данный подход к построению реабилитационного плана и в случае комбинации данных заболеваний у одного пациента.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НАБОРА РЕАГЕНТОВ «LUMIRADx SARS-COV-2 Ag» ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПЕЦИАЛИСТАМИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Останкова Ю.В.¹, Найденова Е.В.²

¹Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Пастера, Санкт-Петербург,

²Российский научно-исследовательский противочумный институт «Микроб», г. Саратов

Цель. Оценка возможности применения набора реагентов «LumiraDx SARS-CoV-2 Ag» для профессионального использования специалистами в медицинских организациях.

Материалы и методы. В качестве материала для проведения тестирования были использованы по 25 образцы клинического материала (мазок из носа) от 25 людей с подозрением на COVID-19, в которых выявлена РНК вируса SARS-CoV-2, от 25 – с отрицательными результатами тестирования методом ОТ-ПЦР, а также от 82 человек с отсутствием клинических признаков инфекции. На базе лаборатории иммунологии и вирусологии ВИЧ-инфекции были проведены межлабораторные испытания анализатора «LumiraDx» для *in vitro* диагностики с принадлежностями и набора реагентов «LumiraDx SARS-CoV-2 Ag» для качественного выявления антигена коронавируса SARS-CoV-2 («LumiraDx UK Ltd», Великобритания) в мазках из носоглотки.

Результаты и обсуждение. Набор реагентов «LumiraDx SARS-CoV-2 Ag» представляет собой быстрый микрофлюидный флуоресцентный тест, предназначенный для качественного обнаружения нуклеокапсидного антигена SARS-CoV-2 в назальных и носоглоточных мазках, собранных у лиц с подозрением на COVID-19 или подвергающихся повышенному риску заболевания в течение первых 12 дней после появления симптомов или у асимптоматических пациентов. Учет результатов реакции проводится на анализаторе «LumiraDx» – закрытой аналитической системе, позволяющей проводить

исследования в максимально быстрые сроки и, как принято говорить, у постели больного. Прибор предоставляет визуальные и звуковые подсказки на протяжении всего процесса тестирования. Платформа «LumiraDx» позволяет медицинским специалистам проводить анализы с использованием небольших объемов образцов и быстро просматривать полученные результаты на сенсорном экране анализатора. Диагностическая чувствительность набор реагентов «LumiraDx SARS-CoV-2 Ag» была подтверждена на 25 мазках из носа от людей с положительным результатом ОТ-ПЦР. Результаты совпали в 100% случаев (95% ДИ 88,71%-100,00%).

Диагностическая специфичность подтверждена на 25 клинических образцах с отрицательным результатом ОТ-ПЦР, не содержащих РНК SARS-CoV-2 и составила по результатам испытаний 100% (95% ДИ 88,71%-100,00%). При исследовании 82 образцов клинического материала от практически здоровых людей антиген возбудителя COVID-19 обнаружен не был.

Для определения воспроизводимости результатов были протестированы по 5 образцов, взятых одновременно, от пациента с клиническими признаками новой коронавирусной инфекции (положительные по результатам ОТ-ПЦР) и по 5 – от пациента без COVID-19 в анамнезе (отрицательные в ОТ-ПЦР). Проведена оценка воспроизводимости результатов, полученных при использовании разных серий набора «LumiraDx SARS-CoV-2 Ag», различий не выявлено.

Выводы. В результате проведенных исследований было показано, что набор реагентов «LumiraDx SARS-CoV-2 Ag» может быть рекомендован для профессионального использования специалистами в медицинских организациях, на рабочих местах, в подвижных транспортных средствах или по месту оказания медицинской помощи.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА АЛЬФА-ЦЕПИ РЕЦЕПТОРА ИНТЕРФЕРОНА-1 КАК МАРКЕР ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ПРОГРЕССИРОВАНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ХГВ

Останкова Ю.В.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Пастера, Санкт-Петербург

Цель. Оценка полиморфизма гена, кодирующего альфа-цепь рецептора интерферона-1 (IFNAR-1) в качестве маркера прогрессирования хронического вирусного гепатита В.

Материалы и методы. Материалом служили биоптаты печени и плазма крови пациентов с хроническим гепатитом В с различными фазами заболевания печени, а также 125 условно здоровых человек, проживающих на территории Северо-Западного федерального округа России. Методом прямого секвенирования были исследованы полиморфные варианты гена альфа-цепи рецептора интерферона-1 17470-C/G и L168V-C/G.

Результаты и обсуждение. Показано, что генотипы CC и CG и той, и другой анализируемой полиморфной точки ассоциированы с развитием острой хронической печеночной недостаточности (ОХПН), причем в случаях генотипов CC риск развития увеличивался более, чем втрое как для полиморфизма 17470-C/G ($\chi^2=7,685$, OR=3,4 df=1, 95%, ДИ: 1,504-8,042, $p<0,0056$), так и для полиморфизма L168V-C/G ($\chi^2=4,287$, OR=3,7 df=1, 95%, ДИ: 1,185-1,913, $p<0,0384$). Сходная ассоциация генотипов CC и CG в позиции 17470 показана для риска развития гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК) ($\chi^2=8,472$, OR=3,8 df=1, 95%, ДИ: 1,610-8,970, $p<0,0024$), в то время как для замены L168V достоверной связи с ГЦК не выявлено.

Несмотря на выявленный повышенный риск развития ГЦК и ОХПН при заменах 17470-CC и 168V-CC, эти мутации могут рассматриваться лишь как дополнительный фактор для прогностической оценки прогрессирования развития заболевания.

Выводы. В настоящее время достаточно сложно однозначно определить роль полиморфизма 17470-C/G и L168V-C/G гена IFNAR-1 в механизме развития хронического вирусного гепатита В, однако уже сейчас можно предположить, что наличие определенных сочетаний «функционально ослабленных» генотипов у одного индивидуума является фактором риска ХГВ. Кроме того, показана возможность использования анализа полиморфных вариантов 17470-C/G и L168V-C/G гена IFNAR-1 в качестве маркеров предрасположенности к тяжелому течению хронического заболевания.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ COVID-19 С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ

Остапчук Е.С., Алексеева Е.Э., Багаева О.Ю.

Тюменский государственный
медицинский университет,
г. Тюмень

Цель исследования. Определить взаимосвязь между тревожно-депрессивными нарушениями в

остром периоде коронавирусной инфекции и наличием жалоб в постковидном периоде.

Материалы и методы. Обследовано 87 пациентов (33 мужчины и 54 женщины в возрасте от 19 до 97 лет, средний возраст – 58,1 год), перенесших средней и тяжелой степени коронавирусную инфекцию. Все пациенты прошли стационарное лечение в моноинфекционном госпитале. В остром периоде COVID-19 оценивали наличие аффективных расстройств по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS). В течение 2-3 месяцев после выписки (в среднем 56,5 дней) с пациентами проведено телефонное интервью на основании анкеты, с целью выяснения наличия жалоб, появившихся после перенесенной коронавирусной инфекции. Обработка результатов и статистическая обработка материала выполнялась с помощью пакета программ Microsoft Excel и SSPS 20.

Результаты и обсуждения. В нашем исследовании каждый третий пациент ($n=31$, 36,5%) имел наличие субклинически и клинически выраженной тревоги.

Так при наличии тревоги в остром периоде коронавирусной инфекции в постковидном периоде в 4 раза чаще наблюдается плохая переносимость обычной нагрузки (22,3%, $p=0,032$), в 2,3 раза чаще пациентов беспокоит одышка (51,6%, $p=0,008$), в 2 раза увеличиваются жалобы на колебания артериального давления (54,8%, $p=0,01$).

Болевой синдром превалировал у пациентов в отделенном периоде заболевания при наличии тревоги в остром периоде коронавирусной инфекции: боль в мышцах в 35,5% наблюдений (без тревоги в 24,1%), боль в суставах в 64,7% (без тревоги – 32,4%, $p=0,024$), боль в коже установлена 32,4% (без тревоги 11,8%, $p=0,038$). Пациенты с тревогой в остром периоде заболевания предъявляют жалобы на снижение памяти после перенесенной инфекции в 70,6% наблюдений (без тревоги в 30,9%, $p=0,005$).

В постковидном периоде каждый пятый пациент наблюдался с субклинически и клинически выраженной депрессией ($n=18$, 21,2%).

При наличии депрессии в остром периоде коронавирусной инфекции в отделенном периоде в 2,7 раз чаще выявляются жалобы на одышку (66,7%, $p=0,001$) и в 2 раза чаще на колебания артериального давления (61,1%, $p=0,021$). Так же у пациентов с депрессивным фоном настроения в остром периоде COVID-19 по сравнению с пациентами без депрессии выше частота головных болей (22,2% против 19,4%), болей в мышцах (33,3% против 26,9%), болей в суставах (55,6% против 34,3%), болей в коже (5,6% против 1,5%), снижение памяти (50,0% против 35,8%).

Выводы. Таким образом, наличие тревожно-депрессивных нарушений в остром периоде коронавирусной инфекции сопряжены с различными синдромами в отдаленном периоде COVID-19: болевыми, респираторными, сосудистыми, астеническими и когнитивными нарушениями. Своевременное лечение аффективных расстройств может значительно улучшить качество жизни данным пациентам.

ОСОБЕННОСТИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ У ПРИВИТЫХ И НЕ ПРИВИТЫХ ПАЦИЕНТОВ

Остапчук Е.С.

Тюменский государственный
медицинский университет,
г. Тюмень

Цель исследования. На основании клинических, инструментальных и лабораторных показателей сравнить течение заболевания и исходы стационарного лечения коронавирусной инфекции у привитых и не привитых от COVID-19 пациентов.

Материалы и методы. Исследовано 196 пациентов с подтвержденной коронавирусной инфекцией, из них 64 мужчины и 132 женщины. Средний возраст пациентов 58,1 лет. Данные пациенты прошли лечение с августа 2021 года по ноябрь 2021 года в моноинфекционном госпитале г. Тюмени.

Результаты обсуждения. 42 (21,4%) пациента в возрасте $61,07 \pm 14$ года были вакцинированы против COVID-19, тогда как 154 (78,6%) пациента не были вакцинированы и средний возраст данных пациентов был более моложе и составил $57,4 \pm 15,2$ года. Женщины чаще проходили иммунизацию против COVID-19 по сравнению с мужчинами, 34 (25,8%) женщины и 8 (12,5%) мужчин, $p=0,041$. Чаще вакцинировались лица, занимающиеся интеллектуальным трудом (23,4%) по сравнению с людьми, занимающимися физическим трудом (19,1%), $p>0,05$. Также выше процент иммунизации лиц пенсионного возраста по сравнению с работающими людьми (24% против 17,3%, соответственно).

Привитые пациенты с соматической патологией чаще вакцинируются по сравнению с пациентами без сопутствующих заболеваний. Так при наличии ИБС частота привитых пациентов составила 23,8%, не привитых – 16,9%; при наличии артериальной гипертензии привитых – 76,2%, не привитых – 60,4%; при наличии сахарного диабета – привитых 19%, не привитых 11,7%.

Тяжесть пациента по шкале NEWS, оцениваемая врачом при поступлении, у привитых пациентов

была меньше (3,1 балла) по сравнению с не привитыми (3,3 балла). Процент поражения легких по данным КТ легких у привитых пациентов был ниже (привитые в среднем 26,1%, не привитые в среднем 28,6%).

Из 40 привитых пациентов в инсуффляции увлажненного кислорода нуждались 27,5% ($n=11$), тогда как не привитые нуждались значительно чаще – 31,4% ($n=48$), $p=0,04$.

По лабораторным показателям в данных двух группах пациентов выявлены существенные различия. Так в группе не привитых пациентов установлена значительная лейкопения (лейкоцитов в среднем $6,0 \pm 3,2 \cdot 10^9/L$), тогда как в группе привитых среднее число лейкоцитов было выше $7,3 \pm 4,6 \cdot 10^9/L$ ($p=0,03$). Уровень С-реактивного белка при поступлении зафиксирован значительно выше в группе не привитых пациентов ($32,7 \pm 21,5$ мг/л), чем привитых ($24,4 \pm 21,4$ мг/л, $p=0,02$). Различия в уровне С-реактивного белка при выписке сохраняются (не привитые пациенты – $9,4 \pm 11,6$ мг/л, привитые – $6,3 \pm 7,4$ мг/л). Уровень фибриногена был выше в группе не привитых пациентов ($4,7 \pm 3,2$ г/л) по сравнению с привитыми ($4,2 \pm 0,8$ г/л). И так же уровень Д-димера повышен в группе не привитых пациентов (392 ± 512 нг/мл) по сравнению с привитыми пациентами (367 ± 576 нг/мл).

Выводы. Нами выявлено, что чаще от новой коронавирусной инфекции прививаются женщины, люди пенсионного возраста и лица с наличием соматической патологии. Иммунизированные пациенты имеют меньший процент поражения легких, значительно реже нуждаются в кислородной поддержке и менее тяжелое течение инфекционного процесса из-за наименьшего уровня острофазовых показателей (СРБ, фибриноген, Д-димер).

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДА ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Очколяс М.В.¹, Очколяс В.Н.², Гальвас Н.Ю.¹, Михайлова А.Н.¹, Дымнич Н.А.¹

¹Гатчинская клиническая межрайонная больница,
г. Гатчина,

²Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет
имени академика И.П. Павлова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучение эффективности метода гипербарической оксигенации в ком-

плексном лечении и реабилитации пациентов с постковидным синдромом.

Материалы и методы. Обследовано 112 пациентов в возрасте от 25 до 73 лет, перенесших коронавирусную инфекцию разной степени тяжести, у которых развился постковидный синдром. Оценивалась динамика соматического и неврологического статуса, когнитивных функций по шкале MMSE, данные пульсоксиметрии, проводилась оценка функции внешнего дыхания (ФВД), компьютерной томографии легких (КТ). В соответствии с единым стандартом классификации вирусных пневмоний по степени тяжести, больные были разделены на 4 группы: I группа (КТ-4) - 38 человек (34%); II группа (КТ-3) - 48 (43%); III группа (КТ-2) - 23 (21%); IV группа (КТ1) - 3 (2%).

В комплекс амбулаторного лечения пациентов был включен курс гипербарической оксигенации. Сеансы проводились в барокамере «ОКА-МТ» ежедневно на протяжении 10-15 дней на средних терапевтических режимах 1.2-1.5 АТА (0,12-0,15 МПа), 40-60 минут. Повторные курсы лечения из 7-10 сеансов получили 20 (18%) пациентов. В процессе прохождения курса ГБО контролировалась динамика показателей сердечно-сосудистой и дыхательной систем, данные пульсоксиметрии.

Результаты и обсуждение. Установлено, что данные пульсоксиметрии у пациентов с постковидным синдромом не достигают нормальных значений. Любые дополнительные физические нагрузки на этом этапе приводят к падению SpO_2 , что в результате снижает эффективность физических методов реабилитации. Режимы ГБО выбирались в зависимости от тяжести перенесенного заболевания и объемов поражения легких. Основной принцип ГБО на амбулаторном этапе - постепенное увеличение избыточного давления гипербарического кислорода. Начальный диапазон - 1,15-1,25 АТА с постепенным достижением, за 2-3 сеанса, базового уровня давления. Максимальный уровень давления при первом курсе лечения не превышал 1,5 АТА. Оценка показателей пульсоксиметрии констатировала нормализацию показателей сатурации на этих режимах ГБО. Лечение на первом этапе проводилось в течение 2-3 недель, количество сеансов - от 10 до 15. Через 2-3 месяца назначались повторные курсы из 7-10 сеансов на средних терапевтических режимах 1,4-1,7 АТА. Отдельную группу наблюдения (n=25) составили пациенты с постковидным синдромом, получившие курс ГБО через 6 месяцев после перенесенной инфекции. Ведущими в клинической картине заболевания у пациентов этой группы были когнитивные и психоэмоциональные нарушения, уровень SpO_2 не превышал 95%-96%. После проведения курса ГБО по разработанному алгоритму кли-

ническое состояние пациентов улучшилось, уровень имевшихся ранее нарушений значимо уменьшился, показатели SpO_2 увеличились до 97-98%.

Выводы. Гипербарическая оксигенация в комплексном лечении и реабилитации больных с постковидным синдромом является эффективным и перспективным методом. Разработан алгоритм применения ГБО на амбулаторном этапе реабилитации. Целесообразно начинать проведение курса ГБО на 3-4 неделе болезни с возможной коррекцией сроков, учитывая индивидуальные особенности каждого случая при патогенетической и симптоматической фармакологической поддержке. Принципиально важным считаем использование данной лечебной тактики для создания ресурсной базы перед применением следующих реабилитационных методов.

АРИТМОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ У МУЖЧИН С АНДРОИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Панова Е.И., Морозова Е.П., Живулин П.Н.
Приволжский исследовательский
медицинский университет,
г. Нижний Новгород

Цель исследования. Оценить факторы риска развития наиболее частых нарушений ритма сердца в виде фибрилляции предсердий и желудочковой экстрасистолии (ФП, ЖЭ) у мужчин трудоспособного возраста с андронидным ожирением (ОЖ).

Материалы и методы. Обследовано 98 пациентов с ОЖ в возрасте $41,9 \pm 2,0$ лет со средним индексом массы тела $32,3 \pm 1,2$ кг/м² и коэффициентом талия - бедро $1,01 \pm 0,01$ с использованием клинических данных, результатов ЭКГ, суточного мониторинга ЭКГ, эхокардиографии с оценкой общепринятых параметров, показателей липидного спектра крови и гликемии натощак. В исследование не включались пациенты с сердечно-сосудистой и эндокринной патологией. Группу контроля составили 40 практически здоровых мужчин с нормальной массой тела (ИМТ $23,1 \pm 0,8$ кг/м², ОТ/ОБ - $0,93 \pm 0,01$). Статистическая обработка проведена с помощью программы Statistica for Windows 6.0 с использованием параметрических и непараметрических критериев. Применен ROC-анализ с целью определения количественных критериев параметров, связанных с риском возникновения аритмий.

Результаты и обсуждение. Оценка взаимосвязи структурных изменений миокарда и нарушений ритма сердца продемонстрировала ряд особенностей. В качестве статистически значимых факторов

риска развития ФП при ОЖ нами выявлены такие эхокардиографические параметры, как конечный диастолический размер левого желудочка – КДР ЛЖ > 50 мм, ($p=0,0056$); конечный систолический размер левого желудочка – КСР ЛЖ > 35 мм, ($p=0,0036$), размеры левого предсердия – ЛП > 42 мм, ($p=0,0420$), а также особенности метаболизма при ОЖ в виде атерогенной дислипидемии со сниженным менее 1,0 ммоль/л содержанием холестерина липопротеидов высокой плотности крови, ($p=0,0017$). При развитии ЖЭ большее значение имеют такие показатели, как индекс массы миокарда левого желудочка – ИММ ЛЖ > 96 г/м², ($p=0,0089$) и КДР ЛЖ > 51 мм ($p=0,046$).

Выводы. Ожирение, даже в отсутствие явной сердечно-сосудистой патологии, сопровождается развитием признаков ремоделирования миокарда по данным эхокардиографии и изменениями липидного метаболизма, что играет значимую роль в аритмогенезе в аспекте развития ФП и ЖЭ. Выявленные изменения возможно расценивать как проявление липотоксической кардиомиопатии при ОЖ. Существенно, что применение ROC-анализа позволяет количественно определить значимые критерии риска.

РЕВМАТИЧЕСКАЯ КАХЕКСИЯ: СПОСОБЫ ДИАГНОСТИКИ И ВСТРЕЧАЕМОСТЬ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-РЕВМАТОЛОГА

Папичев Е.В., Ахвердян Ю.Р., Сивордова Л.Е.,
Полякова Ю.В., Заводовский Б.В.
Научно-исследовательский институт
клинической и экспериментальной ревматологии
имени А.Б. Зборовского,
г. Волгоград

Цель исследования. Изучить возможности определения композитного состава тела в выявлении ревматической кахексии и встречаемость ревматической кахексии в практике врача-ревматолога.

Материалы и методы. В исследование было включено 110 пациентов с ревматоидным артритом (РА), верифицированном на основании критериев ACR/EULAR 2010. Всем пациентам проводился стандартный клинико-инструментальный и лабораторный перечень обследования (включая определение уровня ревматоидного фактора, антител к циклическим цитруллинированным пептидам и высокочувствительного С-реактивного белка). Двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (DEXA) с программой «Total Body» производилась на аппарате Lunar DPX GE (США). РК диагностиро-

валась при выявлении снижения индекса БЖМ ниже 10-перцентиля и повышении индекса массы жировых тканей (ЖМ) выше 25-го перцентиля согласно рекомендациям, предложенным Engvall I.L. et al. в публикации от 2008г. Референсные значения были взяты из работы Coin et al., проведенной в итальянской популяции в 2008г.

Результаты и обсуждение. В исследовании участвовали лица трудоспособного возраста ($M=53,7$ года), преимущественно женщины с большой длительностью заболевания (85,5% пациентов имели развернутую или позднюю клинические стадии РА). В клиническом профиле пациентов преобладали РФ- и АЦЦП-позитивность, умеренная степень активности заболевания (3,79 [2,89-4,40] балла), наличие эрозивного артрита (79%), умеренное ограничение физической активности (II функциональный класс у 56,4% пациентов). РК была диагностирована у 25 больных, что составило 22,7% от общего числа обследованных. Статистически значимыми факторами для развития РК являются длительность РА и наличие РФ. Длительность РА равная 9,5 годам обладает 60% чувствительностью и 38% специфичностью для диагностики данного состояния. Среди РФ-негативных пациентов РК встречалась почти в 10 раз реже ($ОШ = 0,11$). Среди пациентов, принимавших глюкокортикоиды (ГК) в анамнезе, медианная кумулятивная доза ГК была статистически выше среди пациентов с РК (20 пациентов), чем в группе без РК (68 пациентов): 8,5 г [6,2-17,5 г] и 5,8 г [3,6-13,7 г] соответственно ($Z=-1,98$; $p=0,047$).

По данным международной литературы встречаемость РК составляет до 30%, однако в стандартной клинической практике она диагностируется редко, как по причине низкой настороженности клиницистов, так и сложности в постановке данного диагноза. В то же время, наличие РК у пациентов ассоциировано со значимым повышением сердечно-сосудистой смертности, ведь сочетает в себе комбинацию двух факторов риска – снижение мышечной массы и повышение жировой. Среди методов диагностики данного состояния могут использоваться DEXA с программой Total Body или биоимпедансный анализ. В нашем исследовании мы использовали DEXA для диагностики ревматической кахексии и ее встречаемость оказалась сопоставимой с международными данными. Следует отметить, что среди методов коррекции данного состояния, только коррекция питания и физические упражнения продемонстрировали положительный эффект и должны обязательно обсуждаться с пациентами для повышения качества и продолжительности их жизни.

Заключение. Встречаемость ревматической кахексии в реальной клинической практике врача-ревматолога составляет около 23% при использовании в ее диагностике двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии. Наличие ревматоидного фактора, длительность ревматоидного артрита и кумулятивная доза ГК ассоциированы с наличием ревматической кахексии.

ОЦЕНКА УРОВНЯ КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ДО КОРРЕКЦИИ КЛАПАННЫХ ПороКОВ СЕРДЦА

Пелех Д.М., Никитина Т.Г., Гулян К.С.,
Голухова Е.З.

Национальный медицинский исследовательский
центр сердечно-сосудистой хирургии
имени А.Н. Бакулева,
Москва

Цель. Провести оценку коморбидности у пожилых пациентов до коррекции клапанных пороков сердца (КПС) в условиях искусственного кровообращения (ИК).

Материал и метод. 310 пациентам, средний возраст $63,6 \pm 2,4$ лет, до коррекции КПС была проведена оценка уровня коморбидности по ССИ: 200 пациентов ≥ 60 лет (I группа пожилых, средний возраст $66,3 \pm 2,7$ лет) и 110 больных < 60 лет (II группа контроля, средний возраст $56,3 \pm 1,8$). В I группе пациенты до операции были отнесены к III (61,4%) и IV ФК (38,6%) по NYHA. Средний ES II у пожилых – $18,2 \pm 6,4\%$. Во II группе к III ФК по NYHA было отнесено 66,1%, к IV ФК – 33,9% больных. Средний ES II в этой группе – $9,2 \pm 1,1\%$.

Пациентам до операции была проведена оценка коморбидности по ССИ: I группа: средний балл – $5,7 \pm 1,4$ (4-10). Больные имели ≥ 3 сопутствующих заболевания: ГБ – у 100%, ИБС – у 36%, ХБП 3 ст. (СКФ ≤ 50 мл/мин) – у 21%, СД 2 типа (HbA1c $> 7,8\%$) – у 17,3%, ХОБЛ (GOLD 2) – у 16,8%, ОНМК/ТИА в анамнезе – у 11,7% пациентов, ожирение (ИМТ ≥ 30) – у 8,7%, Ст – у 5% больных. У пациентов II группы средний балл – $3,8 \pm 2,2$ (1-8): ГБ – у 88%, ИБС – у 35,5%, ХБП 3 ст. – у 10,5%, ожирение – у 10%, ХОБЛ (GOLD 2) – у 9%, СД 2 типа (HbA1c $> 7,8\%$) – у 7,2%, ОНМК/ТИА в анамнезе – у 4,3% пациентов. Таким образом, больные I группы были более коморбидны ($p < 0,05$).

Результаты. Пациентам I группы были выполнены операции: коррекция порока I клапана

– 63 (31,4%) пациентам, 2-х клапанов – 65 (32,6%) больным, сочетанные операции были выполнены 46 (23,1%) пациентам. 26 (12,9%) больным с сопутствующей ИБС и высоким ES II (средний ES II – $13,6 \pm 4,7\%$) было проведено этапное лечение: I этап – ЧКВ коронарных артерий, через 3 мес. п/о ЧКВ – коррекция КПС. Во II группе: коррекция порока I клапана была выполнена 23 (21,1%) больным, 2-х клапанов – 48 (43,4%) пациентам, сочетанные операции были выполнены 34 (31,1%) больных, 5 (4,4%) пациентам при высоком ES II (средний ES II – $10,8 \pm 3,8$) было проведено этапное лечение.

Время ИК в I группе – $141 \pm 3,8$ мин., пережатие аорты (Ao) – $47 \pm 2,5$ мин. Во II группе – время ИК – $138 \pm 1,5$ мин., пережатие Ao – $45 \pm 2,1$ мин. ($p > 0,05$).

Нелетальные осложнения в раннем п/о периоде были отмечены у 48% пожилых: ОСН – у 14,8% (ВАБК – 6), пневмония – у 11,4%, СПОН – у 8,1% (ГД при ОПН), кровотечение – у 7,7%, ОНМК – у 4,8%, тромбоз ПБА (после ВАБК) – у 1,2% (тромбоэкстракция). В группе контроля нелетальные осложнения были у 13,3% больных: ОСН – 5,6% (1 ВАБК), СПОН (ГД при ОПН) – 5,6%, пневмония – 2,1%. Предикторами развития нелетальных осложнений в обеих группах были: возраст ≥ 60 лет (ОШ=1,6; $p=0,033$), балл по ССИ ≥ 3 (ОШ=3,1; $p=0,010$). Предикторами развития ОСН и СПОН в обеих группах были: ССИ – ≥ 5 (ОШ=1,7; $p=0,022$), сочетанный характер вмешательства (ОШ=1,6; $p=0,047$). ХОБЛ – GOLD II явился предиктором развития пневмонии в обеих группах (ОШ=2,5; $p=0,07$). Госпитальная летальность в I группе – 7,0% (14). Причинами госпитальной летальности были: ОСН – 5, СПОН – 3, кровотечение – 2, пневмония – 2, ОНМК – 1. В группе контроля госпитальная летальность – 2,7% (3): ОСН – 2, СПОН – 1. Предиктором госпитальной летальности в обеих группах был балл по ССИ ≥ 6 (ОШ=1,6; $p=0,015$).

При выписке из клиники в группе пожилых после коррекции КПС было отмечено снижение ФК СН: 105 (56,5%) перешли из IV и III ФК во II ФК по NYHA, а 81 (43,5%) больной перешел из IV в III ФК по NYHA. Во II группе большинство (68,2%) пациентов перешли из IV и III во II ФК по NYHA, а 34 (31,8%) больных перешли из IV в III ФК. Таким образом, в группе контроля было больше пациентов, выписанных из клиники во II ФК по NYHA. В III ФК после выписки было 43,5% пожилых и 31,8% – < 60 лет. По данным регрессионного анализа на показатель ФК по NYHA п/о оказал влияние балл по ССИ ≥ 3 (ОШ=3,9; $p=0,026$).

Заключение. По данным проведенного нами исследования больные пожилого возраста, поступившие в клинику для коррекции КПС, до операции

были высоко коморбидны, при этом уровень коморбидности у пациентов ≥ 60 лет был достоверно выше, чем у контрольной группы пациентов более молодого возраста (< 60 лет). Несмотря на высокий средний ES II, большинству пациентов была выполнена двухклапанная коррекция порока (у пожилых – 32,6%, в группе контроля – 43,4%). Сочетанные операции (коррекция КПС+АКШ) были выполнены у 23,1% пожилых больных и у 31,1% пациентов группы контроля. Уровень госпитальной летальности среди пожилых больных с высокой коморбидностью был равен 7,0%, в группе контроля – 2,7%. На показатель госпитальной летальности, как и на уровень нелетальных осложнений, достоверное влияние оказывал балл по $CCI \geq 6$, что, в свою очередь, подчеркивает прогностическую значимость высокой коморбидности на непосредственные результаты лечения КПС.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ COVID-19 В РАННЕМ ПЕРИОДЕ: ДАННЫЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Первак М.Б., Герасименко В.В., Оборнев А.Л.
Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького,
г. Донецк, ДНР

Цель исследования. Оценить динамику и компьютерно-томографическую (КТ) семиотику изменений в легочной ткани у пациентов с положительным клиническим течением COVID-19 через 12-30 дней после первичного КТ-исследования, проанализировать варианты развития поражения легких при коронавирусной инфекции.

Материалы и методы. Обследовано 49 пациентов с положительным ПЦР-тестом, всем дважды проведена мультисрезовая КТ (МСКТ) органов грудной полости (ОГП): через 1-3 дня после сдачи теста и однократно в динамике – 22 пациентам через 12-20 дней, 27 – через 20-30 дней после первичного исследования. Исследования выполнялись с толщиной среза 1 мм, на высоте спокойного вдоха.

Результаты и обсуждение. По данным первичной МСКТ, у всех 49 больных были выявлены характерные для COVID-19 изменения в легких: переменные по протяженности и плотности участки уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла» и консолидации, утолще-

ние междолькового интерстиция на фоне участков «матового стекла», смешанные участки уплотнения легочной ткани, ретикулярные изменения за счет изменений междольковых перегородок. По результатам МСКТ в динамике были выделены 4 основных варианта развития поражения легочной ткани. Так, у 17 (34,7%) больных (8 – на 13-й день и 9 – на 27-й день после первичной КТ) определялось полное восстановление пневматизации легочной ткани. Ретроспективный анализ показал, что у всех этих лиц при первичном исследовании визуализировались только участки инфильтрации по типу «матового стекла». В 12 (24,5%) случаях – (7 на 12-й день и в 5 – на 21-й день после первичной КТ) определялось уменьшение размеров участков инфильтрации на 50-65%, снижение их плотности, при этом контуры очагов становились более размытыми и неровными, чем при первичном исследовании. В 11 (22,4%) случаях через 16 дней после первичного исследования сохранялись ретикулярные изменения в субплевральных отделах, при этом у 5 пациентов определялся полный регресс очагово-инфильтративных изменений в легких, а у 6 – уменьшение размеров зон инфильтрации по сравнению с первичным исследованием. В 8 (16,3%) случаях у пациентов с вовлечением паренхимы легких более 45% и с поражением ткани в виде смешанных участков «матового стекла» и консолидации при повторном исследовании через 18 и 23 дня определялись мелкие, местами сливные, безвоздушные участки высокой плотности, располагающиеся преимущественно в субплевральных отделах и перибронховаскулярно, с достаточно четкими, неровными контурами, представляющие собой мелкие участки спавшейся, ателектазированной ткани легкого. В 14 (28,6%) случаях, как у пациентов с полным регрессом очагов инфильтрации, так и у пациентов с уменьшением размеров и плотности очагов, в субплевральных, задне-базальных отделах легких определялись тонкие курвиликулярные полосовидные уплотнения паренхимы, толщиной 2-4 мм, располагающиеся параллельно плевре и фрагментарно ее уплотняющие.

Выводы. МСКТ при коронавирусной инфекции COVID-19 необходима не только для первичной диагностики поражения легких, но и для мониторинга течения заболевания, оценки в динамике легочных изменений и прогнозирования возможных неблагоприятных последствий. Многообразие вариантов развития легочного поражения обусловлено, прежде всего, вариабельностью изменений в легких в начале заболевания, а также такими факторами, как вирусная нагрузка, индивидуальная предрасположенность, наличие у пациента хронических заболеваний легких.

ИССЛЕДОВАНИЕ СТРУКТУРЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖИТЕЛЕЙ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Перцев А.В.

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

Эндемический зоб представляет собой увеличение объема щитовидной железы, что связывают с дефицитом йода в среде обитания. Постоянный дефицит йода приводит к разрастанию ткани железы и изменению ее функциональных свойств и структуры. Очень часто увеличение в объеме щитовидной железы не обеспечивает необходимый уровень тиреоидных гормонов в организме, и развивается гипотиреоз. При снижении уровня тиреоидных гормонов в крови отмечается повышение секреции тиреотропина, что вызывает сначала диффузную гиперплазию железы, а затем происходит развитие узловых форм зоба. При длительной сохраняющейся недостаточности йода развивается гиперплазия и гипертрофия тиреоцитов, одновременно с этим их очаговая дистрофия, некробиотические изменения, склеротические процессы в железе.

Цель исследования. Выявить распространенность и особенности изменений щитовидной железы у жителей г. Воронежа и Воронежской области, обосновать программу необходимых лечебно-профилактических и диагностических мероприятий у данного контингента населения.

Материалы и методы. В качестве базовой основы для анализа были использованы материалы диспансерного обследования пациентов в возрасте 50-60 лет в 2019 и 2020 годах в г. Воронеже и Воронежской области. Для оценки клинического статуса пациентов проводили исследование общего анализа крови, биохимического анализа крови, коагулограммы, определение уровня артериального давления, запись ЭКГ. С целью обследования щитовидной железы выполняли ее пальпацию и ультразвуковое исследование с определением ее объема, расположения, наличия или отсутствия структурных изменений по стандартному протоколу. Всего было обследовано 76 пациентов в возрасте 50-60 лет, проживающих в г. Воронеже. Из них: мужчины составили 40 человек, женщины – 36. Статистическая обработка данных проводилась с использованием стандартных методов вариационной статистики: расчета средних значений (M), стандартного отклонения (SD), проведения T-теста в программе Statistica 6,0.

Результаты и их обсуждение. На основании полученных данных было установлено, что объем щитовидной железы не превышал показатели возрастной нормы, составляя $6,4 \pm 1,1$ см³. Гипоплазия щитовидной железы также обнаружена не была. При пальпаторном обследовании была установлена 0 степень увеличения щитовидной железы. Объем щитовидной железы у мужчин составлял $6,6 \pm 1,3$ см³, у женщин – $7,2 \pm 1,1$ см³. Изменения структуры органа были обнаружены у 11,8% обследованных пациентов. Кисты щитовидной железы были выявлены у 11,3% обследованных, были единичными, размером 1,5-3,0 мм. Единичные узлы были обнаружены в 0,5% случаев, размер их составлял 3-4 мм.

Выводы. Чувствительность ультразвукового исследования щитовидной железы при выявлении изменений, характерных для эндемического зоба на раннем этапе, существенно превосходит чувствительность пальпаторных клинических методов. По данным диспансерных осмотров целесообразно формировать группу повышенного риска среди пациентов с начальными структурными изменениями в щитовидной железе с целью проведения более интенсивных лечебно-профилактических мероприятий и рекомендовать повторные и углубленные обследования данного контингента.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕГОЧНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Перцев А.В., Резова Н.В., Шкатова Я.С.

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

В профилактике хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) большое внимание уделено программам легочной реабилитации (ЛР), которые включают в себя физические тренировки дыхательной мускулатуры. Особую важность представляет собой течение ХОБЛ совместно с ожирением, которое оказывает влияние на степень тяжести, прогрессирование и дальнейший прогноз. У пациентов с сочетанием этих патологий наблюдается снижение качества жизни, учащение госпитализаций, что приводит к повышению затрат на лечение и росту показателей инвалидности и смертности.

Цель исследования. Повышение клинической эффективности терапии больных хронической

обструктивной болезнью легких с ожирением 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 78 человека с диагнозом ХОБЛ средней степени тяжести с ожирением (40 мужчин, 38 женщин; средний возраст – $49,42 \pm 0,48$ лет). Было сформировано 2 группы, сопоставимые по ряду социально-демографических показателей. 1-ая группа – 42 человек, которым на фоне стандартной медикаментозной терапии ХОБЛ был проведен курс ЛР; 2-ая группа – 36 человек, получали только стандартную медикаментозную терапию ХОБЛ. оценку тяжести течения ХОБЛ с использованием компьютерной программы «(Pulmosys)» по показателям: «число обострений заболевания в течение последних 12 месяцев», «число госпитализаций в течение последних 12 месяцев».

Результаты и обсуждение. Через 12 месяцев у больных ХОБЛ с ожирением, которым на фоне стандартной медикаментозной терапии заболевания был проведен курс ЛР выявлена достоверная положительная динамика клинических и лабораторно-инструментальных показателей: снижение числа обострений и госпитализаций в 2,4 и 2,8 раз соответственно, достоверная положительная динамика степени выраженности клинических симптомов, а также степени влияния тяжести одышки на состояние здоровья в 2,1 раза, достоверное повышение толерантности к физической нагрузке (ТШХ) на 63,58 м.

Выводы. Курс легочной реабилитации необходимо включать в схемы ведения пациентов с ХОБЛ и ожирением для оптимизации лечебно-профилактических мероприятий и улучшения качества жизни пациентов в общей врачебной практике.

К ВОПРОСУ О КОМОРБИДНОМ ТЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Перцев А.В., Резова Н.В., Шкатова Я.С.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – третья ведущая причина смерти во всем

мире. В ее патофизиологии не последнюю роль играют ожирение и диета. Ожирение с одной стороны, ассоциировано со снижением легочных функций, с другой оказывает протективное действие при тяжелой ХОБЛ. Характер потребления питательных веществ и режим питания также связаны с легочными функциями, что отражается на характере течения и прогрессировании ХОБЛ.

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения ХОБЛ у больных с ожирением, проанализировать степень влияния ожирения на течение ХОБЛ в целом для разработки комплексной программы легочной реабилитации.

Материалы и методы. В исследование было включено 84 человек с диагнозом ХОБЛ средней степени тяжести в стадии ремиссии – 40 женщин (43,0%) и 44 мужчин (57,0%), $48,23 \pm 0,19$ лет – средний возраст. Все пациенты на основании комплексного обследования были разделены на 2 группы – больные ХОБЛ без ожирения и больные ХОБЛ с ожирением, которым на фоне стандартной медикаментозной терапии ХОБЛ была проведена вакцинация против гриппа. Вакцинация против гриппа проводилась гриппозной тривалентной полимер-субъединичной вакциной Гриппол однократно в осенне-зимний период. Комплексное обследование включало в себя оценку антропометрических показателей с расчетом индекса массы тела (ИМТ); оценку липидного спектра крови, спирометрию и оценку тяжести течения ХОБЛ с использованием компьютерной программы «(Pulmosys)» по показателям: «число обострений заболевания в течение последних 12 месяцев», «число госпитализаций в течение последних 12 месяцев».

Результаты и обсуждение. Через 12 месяцев наблюдения у пациентов с ХОБЛ и ожирением на фоне стандартной медикаментозной терапии и вакцинации против гриппа в 1,4 раза снизилось число обострений основного заболевания; в 1,5 раза уменьшилось число госпитализаций, отмечалась положительная динамика степени выраженности клинических симптомов ХОБЛ, статистически значимо снизилась активность системного воспалительного ответа проявившаяся в виде снижения уровня показателей провоспалительного профиля – ИЛ-6 в 1,3; ИЛ-8 в 1,4; ФНО- α в 1,6 раза.

Выводы. У больных ХОБЛ и ожирением за счет снижения числа обострений основного заболевания, госпитализаций, уменьшения выраженности клинической симптоматики, получено достоверное положительное влияние на эмоциональное восприятие болезни, психосоциальную адаптацию, физический и психологический компоненты качества жизни.

ВЛИЯНИЕ АНЕМИИ НА РАЗВИТИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Перцева М.В., Перцев А.В.

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 тре-

возности (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.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Перцева М.В., Перцев А.В.

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

В глобальной стратегии лечения и профилактики ХОБЛ большое внимание уделено программам легочной реабилитации, которые включают в себя, в том числе 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 63 человека с диагнозом ХОБЛ средней степени тяжести (33 мужчин, 30 женщин; средний возраст – $48,23 \pm 0,28$ лет). Диагноз ХОБЛ был выставлен на основании жалоб, клинической картины, данных анамнеза, объективного статуса, результатов лабора-

торного и инструментального обследований в соответствии с GOLD. Все исследуемые пациенты получали стандартную медикаментозную терапию ХОБЛ. Было сформировано 2 группы, сопоставимые по ряду социально-демографических показателей. 1-ая группа – 32 человек, которым на фоне стандартной медикаментозной терапии ХОБЛ были проведены вакцинация против гриппа, назначен прием эрдостеина и курс ЛР; 2-ая группа – 31 человек, получали только стандартную медикаментозную терапию ХОБЛ. Вакцинация против гриппа проводилась гриппозной тривалентной полимер-субъединичной вакциной Гриппол однократно в осенне-зимний период. Эрдостеин назначали по схеме: 300 мг независимо от приема пищи 2 раза в день в течение 2-х месяцев 2 раза в год. ЛР включала обучение больных ХОБЛ с рекомендациями по отказу от курения и питанию, физические тренировки с акцентом на дыхательные упражнения. Физикальные, лабораторно-инструментальные обследования и оценочные тесты в группах больных ХОБЛ проводились при включении в исследование и через 12 месяцев.

Результаты и их обсуждение. Через 12 месяцев у больных ХОБЛ, которым на фоне стандартной медикаментозной терапии заболевания была проведена вакцинация против гриппа, назначен прием эрдостеина и курс ЛР, выявлена достоверная положительная динамика исследуемых показателей по сравнению с больными ХОБЛ, которые получали только стандартную медикаментозную терапию заболевания.

Включение в стандартную схему лечения больных ХОБЛ вакцинации против гриппа, прием эрдостеина и курса ЛР с целью профилактики обострений заболевания приводит к достоверному снижению числа обострений и госпитализаций, достоверной положительной динамике степени выраженности клинических симптомов ХОБЛ.

НОЦИЦЕПТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИЕЙ МИОКАРДА

Петрова В.Б.¹, Петрова А.Б.², Болдуева С.А.¹,
Петрова А.И.¹

¹Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,

²Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова,
Санкт-Петербург

Микроваскулярная стенокардия (МВС) диагностируется у пациентов с ангинозными болями, по-

ложительными нагрузочными тестами, интактными коронарными артериями по данным коронарографии. По данным литературы можно выделить две основные патогенетические теории: ишемическая и болевая. Целью настоящего исследования было изучение порога болевой чувствительности у больных МВС, методом определения ноцицептивного флексорного рефлекса (НФР).

Материалы и методы. Всего обследовано 158 человек, из них 131 пациент с ишемической болезнью сердца и 31 здоровый доброволец (группа контроля). Пациенты с ИБС были представлены тремя группами: больные МВС – 49 человек (основная группа), больные со стенокардией вследствие атеросклеротического поражения коронарных артерий – 40 человека (группа сравнения 1), больные с диагнозом безболевой ишемии миокарда (БИМ) – 42 человек (группа сравнения 2). Для определения показателей боли был использован метод ноцицептивного флексорного рефлекса (НФР) при электростимуляции икроножного нерва (Nicolet Viking (USA)).

Результаты и обсуждение. Коэффициент порога боли/порога рефлекса (Пб/Пр) у контрольной группы здоровых добровольцев составило $0,94 \pm 0,01$, что соответствует принятым нормам (1-0,9) по данным литературных источников. При исследовании НФР у пациентов с МВС были выявлены снижение порога боли, порога рефлекса и соотношения (Пб/Пр). В группе МВС Пб составил $9,5 \pm 0,58$ мА; Пр= $12,1 \pm 0,58$ мА; Пб/Пр= $0,78 \pm 0,02$. Порог боли у пациентов с МВС оказался статистически достоверно ниже в сравнении с группой сравнения 1 и группой сравнения 2 и группой контроля ($p < 0,01$; $p < 0,001$; $p < 0,001$ соответственно). Порог рефлекса у пациентов с МВС статистически достоверно ниже в сравнении с группой сравнения 1, группой сравнения 2 (БИМ) и группой контроля ($p < 0,02$; $p < 0,001$; $p < 0,01$ соответственно). У пациентов со стенокардией Пб составил $13,8 \pm 0,31$ мА; Пр= $14,8 \pm 0,33$ мА; Пб/Пр= $0,94 \pm 0,01$. У пациентов с БИМ Пб составил $24,9 \pm 0,99$ мА; Пр= $22,9 \pm 0,79$ мА; Пб/Пр= $1,2 \pm 0,02$. Выявлено достоверное повышение показателей порога боли, порога рефлекса и соотношения порог боли/порог рефлекса в группе пациентов с безболевой ишемией миокарда по сравнению с аналогичными показателями в контрольной группе, основной группе и группе сравнения 1 ($p < 0,001$; $p < 0,001$; $p < 0,001$ соответственно). Оказалось, что в группе БИМ значения порога рефлекса меньше по значению, чем порог боли, то есть мышечный ответ возникает раньше появления субъективного ощущения боли.

Выводы. У больных с МВС по сравнению со здоровыми лицами контрольной группы и группами сравнения наблюдается снижение показателей НФР, что свидетельствует о наличии ноцицептивных расстройств.

НОВАЯ ПОТЕНЦИАЛЬНО ПАТОГЕННАЯ МИССЕНС-МУТАЦИЯ В ГЕНЕ F12 У ПАЦИЕНТКИ С КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ НАСЛЕДСТВЕННОГО АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА

Печникова Н.А., Сайтгалина М.А.,
Останкова Ю.В.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский
институт эпидемиологии и микробиологии
имени Пастера,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Анализ новой миссенс-мутации в гене F12 потенциально связанной с НАО

Материалы и методы. В работе использовали ДНК пациентки с клиническими симптомами НАО и родителей, у которых симптоматика отсутствовала. Из анамнеза: с 2017 года у пациентки (13 лет) наблюдались спорадические отеки губ, припухлость щек, рецидивирующий стоматит. Терапия преднизолоном показала слабовыраженный эффект. Параметры анализа крови показали повышенные значения ТТГ, $\alpha 1$, $\alpha 2$, Glu, P, IgE. Была выявлена чувствительность на кошачью шерсть, домашнюю пыль, говядину. У родителей анамнез не отягощен. На основе анамнеза была выдвинута гипотеза об эстроген-зависимом механизме развития отека, предположительно связанном с мутациями в гене F12. Экстракцию ДНК проводили из цельной крови с использованием набора «РИБО-ПРЕП» («ЦНИИ Эпидемиологии», Москва). Полноэкзомное секвенирование выполняли на Illumina MiSeq в соответствии с руководством пользователя. При анализе мутации использовали веб-ресурсы PubMed, NCBI, UniProt. Прогноз изменения структуры белка при мутации оценивали с помощью ресурса NOPE, оценку стабильности мутантного белка проводили с использованием веб-приложения MUpro. Для оценки эффекта мутаций на организм человека были использованы веб-ресурсы по прогнозу патогенности мутаций I-Mutant Disease, PhD-SNPg, PolyPhen-2.

Результаты и обсуждение. При анализе данных была выявлена новая ранее не описанная миссенс-мутация в гене F12 (Ala207Pro). Пациентка является гомозиготным носителем данной мутации, унаследованной от родителей. Отец пациентки является носителем мутации в гомозиготном состоянии, у матери мутация находится в гетерозиготном. Мутация локализуется в EGF-like 2 домене и связана с заменой аминокислоты, которая отличается от исходной размером и структурой: пролин больше аланина и содержит гетероциклическое кольцо. Таким

образом замена становится причиной формирования выступов в зоне мутации, без изменения заряда. Прогноз стабильности белка показал, что введение пролина приводит также к снижению стабильности вторичной структуры белка. Учитывая то, что последовательность аминокислот определяет конформацию белка, в случае выявленной мутации ожидаются изменения конформации F12. Также данные прогноза патогенности позволяют предположить, что мутация может нести потенциально патогенный характер. Предположительно из-за расположения мутации в домене EGF-like 2 функциональная активность белка F12 может быть нарушена. Данная гипотеза основана на том, что EGF-like 2 домен играет роль в активации белка F12 с последующим переходом в F12a при контакте с отрицательно заряженными поверхностями и является одним из участков, повышающих восприимчивость F12a к расщеплению прекалликреина. Такие взаимодействия инициируют каскад событий, способствующий высвобождению брадикинина. Брадикинин, за счет увеличения проницаемости стенок кровеносных сосудов, приводит к тому, что большое количество жидкости поступает в мягкие ткани тем самым вызывая отек, наблюдаемый у пациентов с НАО. Возможно, выявленная миссенс-мутация способствует повышению активации F12 с отрицательно заряженными поверхностями или снижает порог чувствительности данного белка к прекалликреину.

Выводы. Выявленная новая миссенс-мутация в гене F12 может быть рассмотрена как потенциально патогенная в клинических случаях НАО при обнаружении в гомозиготном состоянии у лиц женского пола.

РОЛЬ СУБСТРАТНОЙ АБЛАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИ СТРУКТУРНОЙ ПАТОЛОГИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Плещинская Л.И., Гончарик Д.Б.,
Часнойть А.Р., Барсукевич В.Ч., Ребеко Е.С.,
Подпалова О.В., Ильина Т.В.
Республиканский научно-практический центр
«Кардиология»,
Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Целью нашей работы явилась оценка эффективности субстратной аблации желудочковой тахикардии (ЖТ) у пациентов со структурной патологией левого желудочка.

Материалы и методы. Общее число пациентов, включенных в исследование, составило 58

человек. Выделены 3 группы пациентов: основная – первым этапом выполнялась РЧА ЖТ, а вторым этапом – имплантация кардиовертера-дефибриллятора (ИКД)/CRT-D (n=19) (32,8%), и 2 группы сравнения: 1 группа – первым этапом выполнялась имплантация ИКД, а потом – РЧА (n=10) (17,2%) и 2 группа – выполнялась только РЧА ЖТ (n=18) (31,1%). Ишемическая этиология ЖТ преобладала у большинства пациентов – 47 (81,0%). Всем пациентам, у которых до РЧА ЖТ не было ИКД, выполнялась магнитно-резонансная томография сердца для уточнения локализации фиброзно-рубцовых поражений сердца и верификации субстрата аритмии для субстратной абляции.

Результаты и осуждение. В общей группе пациентов, которым выполнена РЧА, отмечалась положительная динамика снижения количества устойчивых пароксизмов ЖТ с $8,5 \pm 26,5$ до $1,0 \pm 3,1$ ($p=0,001$). Также наблюдалась тенденция в снижении эктопического индекса ЖЭС по суточному мониторингованию ЭКГ в группах пациентов, которым выполнена РЧА ЖЭС/ЖТ. Значимое снижение количества пароксизмов устойчивой ЖТ ($p=0,04$) и количества ЖЭС ($p=0,05$) имело место в группе пациентов, которым первым этапом имплантировали ИКД, вторым этапом выполнялась РЧА ЖТ. В группе лиц, у которых по поводу пароксизмальной ЖТ был первым этапом имплантирован ИКД, вторым этапом – РЧА ЖТ, также имело место значимое снижение устойчивых ЖТ, разрядов ИКД, количества АТР-терапии ИКД. При этом число обоснованных разрядов уменьшилось с $7,5 \pm 8,2$ исходно до $0,14 \pm 0,38$ ($p=0,04$).

Выводы. Эффективность субстратной РЧА ЖТ в общей группе пациентов, которым выполнена процедура, составила 83%. Субстратное картирование и субстратная абляция ЖТ у пациентов с ишемической патологией может рассматриваться как первая линия терапии ЖТ у пациентов со структурной патологией левого желудочка.

ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТА С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ АОРТОАРТЕРИИТОМ

Полиданов М.А., Бородай А.А., Тяпкина Д.А.,
Григорьева Е.В.

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

Введение. Среди всех вариантов поражения почечных артерий окклюзия диагностируется крайне редко и может привести к необратимой утрате по-

чечных функций. Наиболее частая причина окклюзии – атеросклероз почечных артерий, значительно реже – аутоиммунное воспаление сосудистой стенки (системные васкулиты, антифосфолипидный синдром и др.).

Цель. Продемонстрировать особенности обследования и лечения пациента с окклюзией почечных артерий.

Материалы и методы. Пациент С., 43 лет, постоянно проживает в интернате для инвалидов. В конце декабря 2021 г. без видимой причины появились боли в животе, анурия, был госпитализирован в районную больницу. При обследовании впервые выявлено повышение креатинина до 253 мкмоль/л. Проводилась инфузионная, спазмолитическая терапия. Болевой синдром купировался, сохранялась анурия, уровень креатинина в динамике 1264 мкмоль/л. Пациент был переведен в областную клиническую больницу г. Саратова. Данные анамнеза: 2015 г. (37 лет) – нетрансмуральный инфаркт миокарда, выполнялась баллонная ангиопластика и стентирование передней межжелудочковой ветви, диагональной ветви; 2017 г. (39 лет) – инфаркт головного мозга в бассейне левой средней мозговой артерии, моторная афазия, правосторонний гемипарез; 2017 г. – тромботическая окклюзия инфраренального отдела аорты, общей подвздошной и наружной подвздошной артерий с обеих сторон, окклюзия просвета магистральных артерий левой нижней конечности, выполнялась тромбэктомия, профундопластика, подвзвертельная апмутация левой нижней конечности.

Результаты. При поступлении состояние пациента тяжелое, выраженные явления энцефалопатии, кожные покровы обычного цвета, асимметрии пульса и давления на руках нет, артериальное давление 150 и 90 мм рт. ст., пастозность лица и правой голени, анурия. Результаты обследований: Нв 135 г/л, тромбоциты 205 тыс., СОЭ 20 мм/час, СРБ 17 г/л, креатинин 1520 мкмоль/л, ЛПНП – 3 ммоль/л, фибриноген 3,8 г/л, МНО 1,3, АЧТВ 35 сек; маркеры ВИЧ, вирусных гепатитов В и С – отрицательные; АНЦА, АТ к двуспиральной ДНК, АНА – не выявлены; волчаночный антикоагулянт, антитела к b2-гликопротеину, антитела к кардиолипину – трижды отрицательные. Дуплексное исследование аорты, почечных артерий и вен – окклюзия инфраренального отдела аорты и подвздошных артерий с двух сторон. Справа почечная артерия в устье не визуализируется, внутрипочечный кровоток умеренно нарушен. Слева окклюзия почечной артерии, внутриспочечный кровоток не лоцируется. Ультразвуковое исследование почек: уменьшение размеров левой почки,

толщина паренхимы 9 мм, размеры правой почки в норме, паренхима 16 мм. Был установлен неспецифический аортоартериит. Назначались антикоагулянты, дезагреганты, антигипертензивные препараты, преднизолон 30 мг/сутки, проводился гемодиализ, от назначения цитостатиков решено временно воздержаться. Отмечалось появление диуреза до 600 мл в сутки, восстановление кровотока в правой почке по данным дуплексного сканирования, однако уровень азотемии оставался высоким, требующим продолжения заместительной почечной терапии.

Заключение. Учитывая молодой возраст, мужской пол, окклюзию инфраренального отдела аорты, почечных артерий, отрицательные результаты исследования маркеров аФЛС, АНЦА-ассоциированных васкулитов, системной красной волчанки был выставлен диагноз неспецифического аортоартериита. На фоне лечения отмечалось восстановление артериального кровотока в правой почке, появление диуреза, однако показатели азотемии остаются высокими, что требует продолжения терапии и дальнейшего наблюдения за пациентом.

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Полонская И.И.

Санкт-Петербургский институт
усовершенствования врачей-экспертов,
Санкт-Петербург

Качество жизни (КЖ) – это широкое понятие, которое характеризует не только состояние здоровья, но и условия жизни человека, его профессиональную и бытовую деятельность. Проявления симптомов болезни и функциональные ограничения, связанные с заболеванием, влияют на жизнь человека в целом и ухудшают ее качество.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) многие годы остается основной причиной нетрудоспособности, инвалидности и смертности в России. Внедрение в широкую практику коронарного шунтирования (КШ) при ИБС позволяет улучшить качество жизни и вернуть к полноценной деятельности большую часть больных. Однако, число лиц с ограничениями жизнедеятельности, нуждающихся в мерах социальной защиты, остается высоким.

В ряде исследований показано, что исследование КЖ может рассматриваться как важный показатель состояния больного и может использоваться в качестве критерия эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий.

Таким образом, представляется важным для оценки эффективности проведенного лечения и реабилитации пациентов с ИБС после КШ изучение анализ их КЖ.

Цель исследования. Анализ показателей КЖ больных ИБС после КШ по данным опросник SF-36.

Материалы и методы. В исследование было включено 266 пациентов, признанных инвалидами 3 группы. 221 пациент основной группы (ОГ) с ИБС после проведенного КШ и 45 пациентов контрольной группы (КГ) с ИБС, получающих только медикаментозное лечение.

Результаты и их обсуждения. В ОГ и КГ наиболее низкие значения характеризуют показатели ролевого функционирования: физический компонент ($19,65 \pm 2,48$ и $17,20 \pm 4,75$), который ниже в КГ и эмоциональный компонент ($28,60 \pm 2,48$ и $36,64 \pm 5,59$), который выше в КГ. Значения показателей интенсивности боли, общего состояния здоровья, жизненной активности и социального функционирования варьируются между 40 и 50 баллами в ОГ и КГ. Показатель физического функционирования в ОГ составил $49,55 \pm 1,69$ и $55,78 \pm 3,30$ в КГ. Значение показателя психического здоровья выше 50 в обеих группах ($51,29 \pm 1,32$ и $54,47 \pm 2,34$). Показатель «физический компонент здоровья» составил в ОГ $33,90 \pm 1,2$ и $35,56 \pm 1,6$ в КГ. Показатель «психологический компонент здоровья» в ОГ $36,98 \pm 1,85$ и $40,05 \pm 2,1$ в КГ.

Низкое значение показателей ролевого функционирования, свидетельствует о том, что повседневная деятельность пациента значительно ограничена его физическим и эмоциональным состоянием.

Имеющееся значение шкалы GH, SF, BP, VT отражает невысокую оценку больным состояние своего здоровья в момент обследования и перспектив лечения, снижение жизненной активности, утомление, имеющуюся боль, ограничивающую активность пациента. Несмотря на то, что показатель психического здоровья (MH) выше 50 в обеих группах, данное значение свидетельствует о наличии депрессивных, тревожных переживаний и психическом неблагополучии у данных пациентов.

Вывод. Низкие значения КЖ имеют место у всех обследованных. Наибольшие трудности пациенты испытывают при выполнении повседневной деятельности.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Полонская И.И.

Санкт-Петербургский институт
усовершенствования врачей-экспертов,
Санкт-Петербург,

В ряде исследований показано, что коронарное шунтирование (КШ) приводит к существенному улучшению качества жизни пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), и позволяет восстановить им свой социальный и профессиональный статус. Больные ИБС, имеющие из-за болезни ограничения в общении, социальных контактах до операции, восстанавливают круг социального общения и возвращаются к трудовой деятельности после КШ. Однако, наличие коморбидной патологии значительно ограничивает реабилитационные возможности организма, ухудшает качество жизни пациентов.

Следует отметить, что отсутствие учета влияния коморбидной патологии на состояние здоровья может привести к неправильной оценке ограничений жизнедеятельности, потребностей в социальной защите, и привести к срыву адаптационной способности организма человека.

Таким образом, в связи с большим распространением сопутствующей патологии у больных ИБС представляется интересным оценить влияние коморбидной патологии на КЖ пациентов с ИБС.

Цель исследования. Анализ КЖ больных ИБС по данным опросник SF-36 и показателей коморбидности на основе индексов Kaplan–Feinstein и Charlson.

Материалы и методы. В исследование было включено 266 пациентов, признанных инвалидами 3 группы. 221 пациент основной группы (ОГ) с ИБС после проведенного КШ и 45 пациентов контрольной группы (КГ) с ИБС, получающих только медикаментозное лечение.

Результаты и их обсуждения. При анализе индекса коморбидности Kaplan–Feinstein выявлено: минимальное значение данного показателя составило 5,0 как в ОГ, так и в КГ. Максимальное 15,0 и 14,0 соответственно. Прогнозирование возможной смертности может осуществляться на основании индекса коморбидности Charlson. Минимальное и максимальное значение данного показателя составило в обеих группах 3,0 и 11,0 соответственно. Различий средних значений показателей в группах не обнаружены.

Проанализировав показатели КЖ пациентов ОГ, имеющих различный объем кардиохирургического вмешательства (1, 2, 3 и 4 анастомоза), и сравнив с показателями КЖ в КГ получены данные о качестве жизни пациентов в зависимости от объема оперативного лечения. В подгруппе 1 отмечено наиболее высокие показатели по шкалам, характеризующим физический компонент здоровья и наиболее низкие по шкалам психологического компонента. Имеют место достоверные различия по шкале SF между подгруппой 3(48,33) и 4 (41,47) ($p < 0,001$) и по шкале PF между 1 и 3 подгруппой, а также 3 и КГ ($p < 0,05$).

На основании индекса Kaplan–Feinstein и индекса Charlson значимых различий в исследуемых подгруппах не выявлено. Анализ коморбидности на основании двух индексов выявил значимые различия между 2 подгруппой и КГ.

Вывод. У обследованных пациентов выявлено большое число коморбидных заболеваний.

Коморбидная патология может влиять на самочувствие и КЖ пациентов. Ее распространенность выявляется в равной степени у всех исследуемых групп.

Основная и сопутствующая патология у обследованных привела к ограничениям жизнедеятельности, социальной недостаточности и потребности в мерах социальной защиты.

АУТОИММУННЫЙ ГАСТРИТ: ВОЗМОЖНОСТИ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Полякова В.В., Бодунова Н.А., Янова Т.И.

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

Введение. Этиология аутоиммунного гастрита (АИГ) на сегодняшний день до конца не изучена. Однако, роль генетического аспекта АИГ подтверждается наличием семейных форм заболевания. Распространенность АИГ в мире составляет от 0,5% до 4,5%, однако предполагаемая встречаемость данной патологии может быть существенно выше в связи со сложностью дифференциальной диагностики. Вклад молекулярной диагностики подтверждается наличием семейных форм. АИГ характеризуется выработкой антител к париетальным клеткам желудка и внутреннему фактору Касла. Определенный интерес представляют коморбидные заболевания, в особенности, составляющие аутоиммунный полигландулярный синдром. Применение генетического тестирова-

ния может позволить определять вероятные риски и разрабатывать стратегию для персонализированного ведения пациентов с АИГ.

Цель. Изучение генетических вариантов, ассоциированных с развитием АИГ.

Результаты. На сегодняшний день генов, ассоциированных с развитием АИГ, не описано. Тем не менее, выявлены варианты, повышающие риск развития АИГ в различных популяциях. Некоторые маркеры являются общими с другими аутоиммунными заболеваниями: HLA, AIRE, FOXP3, VDR, RTPN22 и др. Согласно данным литературы, АИГ сопровождается другими АИЗ в 40-60% случаев. По данным разных авторов к наиболее частым сопутствующим аутоиммунным патологиям относят: аутоиммунный тиреоидит, составляющий 20% по распространенности среди населения, целиакия, распространенность которой составляет 1,4% по результатам анализов крови и 0,7% по результатам биопсии, ревматоидный артрит колеблется от 0,5 до 1%, витилиго с оценочной распространенностью составляет 0,5-2%. Исходя из имеющихся данных о генетических альтерациях, приводящих к вышеупомянутым заболеваниям, выделены генетические варианты, коррелирующие с возникновением АИГ.

Выводы. Несмотря на стремительное развитие медицинских технологий до сих пор АИГ остается сложным для диагностики заболеванием. На базе МКНЦ им. А.С. Логинова в отделении Центра персонализированной медицины разрабатывается молекулярно-генетическая тест-система, которая позволит улучшить диагностику.

АССОЦИАЦИЯ СЫВОРОТОЧНОГО УРОВНЯ НЕСФАТИНА-1 С АКТИВНОСТЬЮ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Полякова Ю.В., Квилидзе Т.З., Папичев Е.В.,
Ахвердян Ю.Р., Сивордова Л.Е., Заводовский Б.В.

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

Ревматоидный артрит (РА) в первую очередь ассоциируется с уровнем боли и ограничением функции. Депрессивные нарушения и уровень тревоги обычно не оцениваются, основное внимание направлено на физические аспекты болезни. При этом у пациентов при высокой активности РА ча-

сто наблюдается снижение массы тела с потерей мышечной ткани и отсутствие аппетита, что обозначается, как ревматоидная кахексия. Несфатин-1 (НФ-1), открыт, как анорексигенный белок. Доказано участие НФ-1 в регуляции пищевого поведения и реакций на эмоциональный стресс совместно с рецепторами окситоцина, мелатонина, серотонина, гистамина. Повышенные уровни НФ-1 выявляются при более тяжелых формах депрессивных состояний, отмечается корреляция с уровнем маркеров воспаления - С-реактивного белка и интерлейкина-6. Последние работы подтверждают повышение уровня НФ-1 при РА, хотя его роль в воспалении пока точно не определена.

Цель. Определение корреляция уровня НФ-1 в сыворотке крови пациентов при РА с уровнем тревоги и депрессии.

Методы. Обследовано 110 пациентов с РА. Концентрацию уровня НФ-1 определяли непрямой твердофазным иммуноферментным методом (RaiBiotech, cat.№ EIA-NESF). Для оценки тяжести депрессивных симптомов использовали шкалу PHQ-9, для оценки тяжести симптомов тревоги - GAD-7.

Результаты. Расстройства настроения различной степени выраженности выявлены у 48% пациентов с РА. Наиболее высокие показатели уровня НФ-1 были выявлены у пациентов с высокой активностью РА и продолжительностью болезни более 10 лет. Уровень тревоги в большей степени коррелировал с выраженностью активности болезни ($r = 0,351$; $p < 0,01$), а уровень депрессии в большей степени с продолжительностью болезни ($r = 0,273$; $p < 0,01$).

Выводы. В нашем исследовании депрессия и высокий уровень тревоги выявлен у 48% пациентов с РА, что согласуется с общеизвестными данными (распространенность расстройств настроения при РА составляет от 30 до 75%). Выявленность депрессии и тревоги коррелирует с уровнем НФ-1, частота встречаемости зависит от активности и длительности болезни.

ШКОЛА ДЛЯ ВРАЧЕЙ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ОСТЕОПОРОЗА – «НАЧНИ С СЕБЯ»

Полякова Ю.В., Сивордова Л.Е.
Научно-исследовательский институт
клинической и экспериментальной ревматологии
имени А.Б. Зборовского,
г. Волгоград

Профилактика остеопороза (ОП) высокоэффективна и малозатратна. Выявляется ОП, как правило, поздно, отмечается низкая приверженность к

профилактике и лечению данного заболевания. Мы решили провести курс обучающих лекций для врачей в рамках программы «Начни с себя» по основам диагностики и лечения ОП. После лекционного материала проводился расчет риска переломов по FRAX у слушателей до и после проведения двуэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DXA). При необходимости назначалось дообследование и лечение.

Цель исследования. Оценить частоту снижения минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у врачей, повысить информированность о частоте снижения МПКТ, оценить отношение к терапии.

Материалы и методы. Проведен расчет риска переломов по FRAX у 59 врачей терапевтических специальностей, выполнена DXA в Центре по остеопорозу, г. Волгоград на аппарате Lunar DPX (GE).

Результаты. Средний возраст слушателей составил $54 \pm 10,55$ (M $\pm\sigma$) лет, 36 женщин было в возрасте 50 лет и старше, 23 – до 50 лет, средний индекс массы тела – $26,51 \pm 4,8$ кг/м². У 47 (79,6%) из 59 выявлено снижение МПКТ ниже значений нормы (по T/Z критерию, согласно возрасту). У 15 (42%) из 36 выявлено снижение МПКТ по T критерию на $-2,5$ SD и ниже, что соответствует диагнозу «Остеопороз». 9-ти ранее проводилась DXA, был выставлен диагноз ОП, назначена лекарственная терапия. Постоянно принимают лекарственные препараты 3 слушательницы. 6 - ранее лечились, последние 2-3 года не проходили обследование и ничего не принимали. У 6-ти ОП выявлен впервые, для 2-х слушателей диагноз ОП был полной неожиданностью, 4 догадывались о возможном снижении МПКТ, но не ожидали выявления таких низких показателей (T критерий $-2,5$ и $-2,6$ SD по самым низким значениям). Из 5-ти слушателей до 50 лет со снижением МПКТ по Z критерию менее $-2,0$ SD у 4-х имелись значимые факторы риска. У 1 слушательницы явных факторов риска не выявлено. Средние значения TL1-L4 составили $-1,26 \pm 1,06$ SD [от 0,8 до $-3,1$], ZL1-L4 $-0,68 \pm 0,9$ [от +1 до $-2,7$], средние значения по T Neck составили $-1,14 \pm 1,04$ [от 1,5 до $-2,7$], Z Neck $-0,26 \pm 0,88$ [от 1,9 до $-1,7$]. Дополнительным результатом образовательного мероприятия явилось изменение структуры направляемых на DXA пациентов. Доля больных с ОП и остеопенией среди обследуемых через месяц увеличилась с 65% до 88% после проведения школ.

Выводы. В результате исследования обнаружен высокий процент выявления снижения МПКТ у женщин-врачей. Низкая комплаентность к лечению выявлена у врачей старше 50 лет, положительный настрой на профилактические ме-

роприятия у врачей более молодого возраста. Первые слушатели школы стремились попасть на обследование по личным мотивам, что, вероятно, превышает выявляемость сниженной МПКТ. Одновременно необходимо отметить, что врачи с уже имеющимися низкотравматичными переломами в анамнезе на обследование не приехали, сославшись на высокую занятость. Требуется дальнейшее изучение проблемы распространенности снижения МПКТ среди врачей, повышение информированности о проблеме ОП и необходимости ранних профилактических мероприятий для предотвращения развития ОП. Проведение теоретических и практических занятий в небольших группах на оценке собственных данных обследования позволяет повысить заинтересованность практических врачей в изучении проблемы ОП. Наибольший интерес со стороны слушателей вызывает сама процедура DXA с расшифровкой протоколов. При создании мотивации личной заинтересованности врачей в сохранении личного костного здоровья повышается вероятность более внимательного отношения врачей к распространенности ОП среди населения.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ МИОКАРДИАЛЬНЫХ МЫШЕЧНЫХ МОСТИКОВ У ПАЦИЕНТОВ, НАПРАВЛЕННЫХ НА КОМПЬЮТЕРНО- ТОМОГРАФИЧЕСКУЮ КОРОНАРОГРАФИЮ

Попова А.В., Шуленин К.С., Меньков И.А.,
Железняк И.С., Тедеев Т.Г., Сальников М.В.,
Гатцеева М.Б., Гапоненко А.Д.

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

Цель исследования. Провести сравнительный анализ частоты встречаемости миокардиальных мышечных мостиков (МММ) у пациентов, направленных для проведения компьютерно-томографической коронарографии.

Материалы и методы. Проводимое исследование являлось ретроспективным со сплошной выборкой пациентов. Были проанализированы результаты всех компьютерно-томографических коронарографий, выполненных в Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова с 2011 по 2021 гг. Исследования выполнялись на компьютерных томографах Toshiba Aquilion 64 (64 среза) и GE Revolution CT (512 срезов) по стандартной методике с обязатель-

ной кардиосинхронизацией. Статистический анализ осуществлялся с использованием пакетов прикладных программ «Statistica 10.0» (StatSoft, США).

Результаты и обсуждение. В исследование было включено 798 пациента (средний возраст 56,4±11,3 лет). МММ были выявлены у 86 пациентов (10,8%), среди которых значимо преобладали лица мужского пола (79,6%, $p=0,011$). Средний возраст этих пациентов был меньше по сравнению с лицами без МММ (48,5±9,3 и 59,7±14,2 лет, $p=0,018$). Наиболее часто встречающимся вариантом локализации МММ являлась область передняя межжелудочковой артерии (86,1%).

Выводы. Частота выявления МММ среди пациентов Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, которым выполнялась компьютерно-томографическая коронарография, составила 10,8%. Преобладание лиц мужского пола, по-видимому, отражает ведомственную принадлежность медицинской организации, на базе которой проводилось исследование.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МИОКАРДИАЛЬНЫХ МЫШЕЧНЫХ МОСТИКОВ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА КОМПЬЮТЕРНО- ТОМОГРАФИЧЕСКОЙ КОРОНАРОГРАФИИ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Попова А.В., Шуленин К.С., Меньков И.А.,
Железняк И.С., Тедеев Т.Г., Сальников М.В.,
Гатцеева М.Б., Гапоненко А.Д.

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

Цель исследования. Провести сравнительный анализ структурно-функциональных характеристик миокардиальных мышечных мостиков (МММ) у пациентов, направленных для проведения компьютерно-томографической коронарографии.

Материалы и методы. Проводимое исследование являлось ретроспективным со сплошной выборкой пациентов. Были проанализированы результаты всех компьютерно-томографических коронарографий, выполненных в Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова с 2011 по 2021 гг. Исследования выполнялись на компьютерных томографах Toshiba Aquilion 64 (64 среза) и GE Revolution CT (512 срезов) по стандартной методике с обязатель-

ной кардиосинхронизацией. Статистический анализ осуществлялся с использованием пакетов прикладных программ «Statistica 10.0» (StatSoft, США).

Результаты и обсуждение. В исследование было включено 798 пациента (средний возраст 56,4±11,3 лет). Доля пациентов с МММ составила 10,8%. Наиболее часто встречающимися вариантами локализации МММ являлись область передней межжелудочковой артерии (86,1%) и ветвь тупого края (11,7%). Средняя протяженность МММ составила 25,2±1,4 мм (минимальная 5 мм, максимальная 63 мм). Степень систолической компрессии коронарной артерии варьировала от 18 до 70%. Атеросклеротическое поражение коронарных артерий в сочетании с МММ наблюдалось в 64% случаев.

Выводы. Наиболее частым вариантом локализации МММ является область передней межжелудочковой артерии (86,1%). Протяженность МММ, их толщина и степень компрессии коронарных артерий характеризуются большой вариабельностью, а оценка степени функциональных нарушений требует дальнейшего изучения.

НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИЕ ПЕРЕЛОМЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ: РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОЛЕТНЕГО ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Постникова П.О.¹, Коваленко П.С.¹,
Бланк М.Ю.¹, Аболёшина А.В.¹, Глухова С.И.¹,
Дыдыкина И.С.¹, Лиля А.М.^{1,2}

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

²Российская медицинская академия непрерывного
профессионального образования,
Москва

Цель исследования. Определить частоту и факторы, ассоциирующиеся с риском возникновения низкоэнергетических переломов, случившихся за период проспективного многолетнего наблюдения.

Материалы и методы. В исследование включены 105 женщин, страдающих РА (ACR 1987) в возрасте – 65,3±8,29 лет, с длительностью РА – 23,0±9,69 лет и периодом наблюдения – 8,45±1,32 лет. Всем больным проведено клиническое обследование с оценкой анамнестических данных, выполнена рентгенография грудного и поясничного отделов позвоночника, двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия поясничного отдела позвоночника и шейки бедра. Перелом позвонка определялся полуколичественным методом при выявлении деформацией I степени и выше.

Результаты. За период наблюдения количество пациентов с переломами увеличилось с 36 (34%) до 62 (59%) человек. У 48 (46%) пациентов в этот период произошел один и более низкоэнергетический перелом. У 21 (44%) пациента низкоэнергетический перелом в анамнезе был выявлен ранее (до включения в проспективное наблюдение), а у 27 (56%) человек перелом произошел впервые. Два и более перелома имели 10 (9,5%) пациентов. Всего за период наблюдения произошел 61 перелом, в том числе 32 (52%) – вертебральных и 29 (48%) – периферических. При распределении пациентов в две группы: группа I – 48 пациентов «с переломами», случившимися за период наблюдения; группа II – 57 пациентов «без переломов». Длительность РА в группе I была достоверно больше, чем в группе II и составила $25,6 \pm 10,0$ лет vs $20,8 \pm 8,87$ лет ($p=0,01$), при этом, возраст на момент начала РА – меньше $38,2 \pm 11,2$ лет vs $42,9 \pm 12,2$ лет ($p=0,04$). Средний возраст, возраст наступления менопаузы, NAQ (показатель функциональной активности?), активность РА (DAS 28) значимо не различались между группами. В группе I было больше больных с коморбидными заболеваниями 47 (98%) пациентов vs 49 (86%) пациентов ($p=0,02$). В группе I исходно было больше больных, получавших пероральные ГК ($p=0,00$), в том числе длительно (более 3-х месяцев) ($p=0,00$); кумулятивная доза ГК в группе I была выше ($p=0,00$). Число пациентов со снижением минеральной плотности костной ткани (МПК) $\leq(-2,5)$ SD при включении в исследования значимо не различалось между I и II группами ($p=0,08$). При проведении корреляционного анализа была выявлена связь между низкоэнергетическими переломами и длительностью РА ($r=0,249$, $p<0,05$), возрастом на момент начала РА ($r=-0,200$, $p<0,05$), длительным приемом ГК в анамнезе ($r=0,364$, $p<0,05$), длительностью приема ГК ($r=0,333$, $p<0,05$), кумулятивной дозой ГК ($0,355$, $p<0,05$). При проведении многомерного пошагового дискриминантного анализа длительный прием ГК ($p=0,004$), молодой возраст на момент начала РА ($p=0,23$), снижение МПК $\leq(-2,5)$ SD по Т-критерию ($p=0,06$) были выделены, как совокупность признаков, связанная с низкоэнергетическими переломами. Чувствительность/специфичность модели 73%/62% соответственно.

Выводы. За период наблюдения количество пациентов с переломами возросло на 25%. У 46% женщин, длительно болеющих РА, за восьмилетний период наблюдения произошел низкоэнергетический перелом. 52% переломов были вертебральными. Факторами риска возникновения переломов являются молодой возраст на момент начала РА, длительный прием ГК, снижение МПК $\leq(-2,5)$ SD.

ПРИЧИНЫ ПОВТОРНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ

Потанина О.Н.¹, Айрапетян С.А.¹,
Мазуренко С.О.^{1,2}, Стрижелецкий В.В.^{1,2},
Пальчикова Л.С.², Теплякова Н.А.²,
Ермолаева Л.Г.¹

¹ Санкт-Петербургский государственный университет,

² Городская больница Святого Георгия,

Санкт-Петербург

Цель исследования. Выявление причин повторной госпитализации пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19).

Материалы и методы. Ретроспективно были проанализированы электронные истории болезни Санкт-Петербургской городской больницы Святого Георгия за 2020-2021 гг. Критерии включения: 1. две и более госпитализации в течение указанного периода; 2. COVID-19, подтвержденная методом полимеразной цепной реакции до или в течение первого стационарного лечения, или выявление при первичной компьютерной томографии легких изменений, с высокой вероятностью связанных с COVID-19. Центральная тенденция представлена в виде медианы и межквартильного интервала.

Результаты и обсуждение. Критериям включения соответствовали 107 человек, большинство из которых были старше 60 лет (72 чел., 69,2%), мужчины (61 чел., 58,7%). В 69 (64,5%) случаях новая коронавирусная инфекция была лабораторно подтвержденной при первой госпитализации. Интервал между госпитализациями в большей доли случаев не превышал 7 дней (76 чел., 71,0%). Двадцать шесть чел. (23,4%) были повторно госпитализированы через 8-14 дней после окончания первого стационарного лечения, и только 5 чел. (4,8%) – через 15 дней и более.

Лидирующей причиной повторного поступления в стационар стали симптомы респираторной инфекции (кашель, одышка, повышение температуры тела, слабость) – в 92 случаях (86,0%), что могло быть проявлением реактивации текущей инфекции, реинфекции (повторного инфицирования), бактериальной суперинфекции. В данной группе уровень ферритина при повторной госпитализации был существенно выше, чем при первичной (352,4 (172,5-912,4) мкг/л и 553,3(246,8-1202,0) мкг/л, $p=0,011$), однако, концентрация С-реактивного белка значимо не изменилась. Также не найдено значимых различий в распростра-

ненности поражения легких при компьютерной томографии. При этом степень дыхательной недостаточности при вторичном поступлении была значимо выше.

Следующим поводом для повторной госпитализации стали различные тромботические и тромбоэмболические события (тромбоз глубоких вен нижних конечностей – 2 чел., тромбоэмболия легочной артерии – 7 чел., острое нарушение мозгового кровообращения – 4 чел.) – всего 13 чел. (12,1%). В 11 (10,6%) случаях выявлены различные инфекционно-воспалительные процессы (артрит крупного сустава – 3 чел., инфекционный эндокардит – 2 чел., рожистое воспаление – 2 чел., абсцесс мягких тканей – 1 чел., обострение калькулезного холецистита – 2 чел., острый аппендицит – 1 чел.). У 8 лиц (7,5%) имела место быть антибиотик-ассоциированная диарея, у 6 (5,8%) лиц – обострение дегенеративно-дистрофического заболевания позвоночника с выраженным болевым синдромом, в 5 случаях (4,8%) – пароксизм фибрилляции предсердий, в единичных историях – боли за грудиной, при отсутствии лабораторных признаков миокардиального повреждения; картина острого живота при отрицательном результате диагностической лапароскопии; почечная колика, вызванная обтурацией мочеточника камнем; эпизод генерализованных судорог неясной природы, пневмоторакс.

Выводы. Таким образом, в наибольшей доле случаев причинами повторной госпитализации пациентов с COVID-19 являлись ухудшение/возобновление симптомов респираторной инфекции, также тромботические катастрофы, различные инфекционно-воспалительные заболевания, антибиотик-ассоциированная диарея и в редких случаях другие патологии.

ОСОБЕННОСТИ ИСХОДНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА У ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ

Пошехонова Ю.В.

Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького,
г. Донецк, ДНР

Цель исследования. Изучить состояние исходного вегетативного тонуса (ИВТ) у детей с функциональной диспепсией (ФД).

Материалы и методы. Обследовано 88 детей с ФД (в соответствии с Римскими критериями IV,

адаптированными для детского возраста) в возрасте от 5 до 15 лет: 64 ребенка (72,7%) с постпрандиальным дистресс-синдромом (ПДС) и 24 (27,3%) ребенка с эпигастральным болевым синдромом (ЭБС). Контрольную группу составили 30 здоровых детей- сверстников. Всем детям проведено комплексное обследование: ФЭГДС, внутрижелудочная рН-метрия, уреазный тест, УЗИ печени, желчного пузыря и поджелудочной железы, ЭхоКГ, ирригография (по показаниям), общепринятое лабораторное обследование. Оценка ИВТ в период «относительного покоя» проводилась на основании клинико-анамнестических данных при помощи таблицы А.М. Вейна и вычисления индекса Кердо.

Результаты и обсуждение. Проявления вегетативной дисфункции имели место у всех детей с ФД, и их среднее количество признаков/баллов достоверно превосходило показатели здоровых детей. Так среднее количество признаков симпатикотонии у больных ФД было $9,6 \pm 0,5$, а баллов – $27,1 \pm 1,5$, тогда как в контрольной группе данные значения составили соответственно $6,3 \pm 0,2$ ($p \leq 0,05$) и $17,1 \pm 0,9$ ($p \leq 0,05$). Среднее количество симптомов и баллов ваготонии у детей с ФД составило соответственно $10,2 \pm 0,6$ и $30,5 \pm 1,8$ при показателях здоровых детей – $4,8 \pm 0,2$ ($p \leq 0,02$) и $12,3 \pm 0,6$ ($p \leq 0,02$). Следовательно, у детей с ФД имело место повышение исходного тонуса как симпатического так и парасимпатического отделов ВНС, что согласуется с данными многих авторов о преобладании симпатикотонии и/или ваготонии у лиц с различными заболеваниями гастродуоденальной зоны. При этом у детей с ФД избыточность парасимпатических влияний превосходила избыточность симпатических, поскольку средний показатель соотношения симптомов/баллов симпатикотония/ваготония при ФД был ниже ($0,94 \pm 0,18$), чем у здоровых детей ($1,31 \pm 0,15$, $p \leq 0,05$). Средний показатель индекса Кердо у детей с ФД был снижен и составлял $23,6 \pm 1,4$ при показателях в контрольной группе $28,0 \pm 2,0\%$ ($p \leq 0,05$), что также свидетельствовало о доминировании ваготонии.

Степень выраженности гиперсимпатикотонии и гиперпарасимпатикотонии варьировала при различных клинических вариантах ФД. При ПДС соотношение симптомов/баллов симпатикотония/ваготония составило $1,04 \pm 0,30$, что свидетельствовало об относительно более значительной по сравнению с ЭБС активации симпатического отдела ВНС на фоне парасимпатической избыточности, что сочетается с характерными нарушениями желудочной моторики и секреции при данном варианте ФД. У больных ЭБС соотношение симптомов/баллов симпатикотония/ваготония было

достоверно снижено ($0,85 \pm 0,13$, $p \leq 0,05$), что свидетельствовало о выраженной парасимпатической избыточности.

Выводы. Таким образом, изменения ИВТ у детей ФД характеризовались преобладанием тонуса как симпатического, так и парасимпатического отделов ВНС с доминированием ваготонии. Наиболее значительное преобладание ваготонии при пониженном индексе Кердо было выявлено у детей с ЭБС, а наиболее значительная относительная активация симпатического отдела при более высоком индексе Кердо наблюдалась у больных ПДС. Выявленные изменения вегетативной регуляции могут выступать как в роли предрасполагающих, так и в роли триггерных факторов ФД. С другой стороны, длительно существующие нарушения желудочных моторики и секреции вследствие патологической импульсации вызывают функциональные изменения в ЦНС, ВНС и развитие вегетативной дисфункции.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ ПРОНИЦАЕМОСТИ КИШЕЧНОГО БАРЬЕРА У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА И ИНФЕКЦИЕЙ *CL. DIFFICILE*

Пургина Д.С.¹, Лялина Л.В.^{1,2}, Рассохин В.В.^{1,3}

¹Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Пастера,

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

³Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), к которым относятся язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК), являются одной из ведущих проблем в структуре болезней пищеварительной системы, отмечается неуклонный рост заболеваемости ВЗК в промышленно развитых странах. Инфекция, обусловленная *C. difficile*, имеет важное значение для пациентов с диагнозом ВЗК, она может приводить к более высокой частоте и тяжести атак, уменьшению времени ремиссии, увеличению риска колэктомии и смертности.

Проницаемость кишечного барьера тесно связана с обострениями ВЗК, с выработкой белков, родственных зонулину, в ответ на различные стимулы, одним из которых может быть инфекция *Cl. Difficile*.

Цель исследования. Определение роли фекального зонулина в качестве лабораторного маркера нарушения проницаемости кишечного барьера и его связи с риском инфицирования *Cl. Difficile* у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника.

Материалы и методы. Обследовано 203 человека, 103 – основная группа пациентов с ВЗК: 37 – БК и 66 – ЯК; 100 человек – группа сравнения: пациенты с различными гастроэнтерологическими заболеваниями, основным симптомом которых являлась диарея. Всем пациентам было проведено исследование кала на зонулин, а также токсины А и В *Cl. Difficile*. Далее, пациенты обеих групп были разделены в зависимости от уровня зонулина в кале, у всех из них проводилась оценка частоты выявления токсинов *Cl. Difficile*.

Результаты и обсуждение. Положительный анализ на токсины А и В *Cl. Difficile* был получен у 22 пациентов с клинической картиной обострения ВЗК (21,4%). В группе сравнения положительный тест на токсины А и В *Cl. Difficile* был выявлен у 5 человек (5,0%), различия статистически значимы ($p < 0,05$). Пациенты из группы сравнения с положительным результатом были с диагнозами постлучевого колита (2 чел.), постинфекционного синдрома раздраженного кишечника (СРК), СРК и диареей (2 чел.), 1 человек с псевдомембранозным колитом. Результаты анализ кала на зонулин для оценки кишечной проницаемости показали, что в группе с ВЗК нормальный уровень зонулина был выявлен у 73,7% пациентов, из которых анализ на токсины А и В *Cl. Difficile* был положительным у 7,7% обследованных. Повышенный уровень зонулина в группе пациентов с ВЗК выявлен у 26,3%, из которых анализ на токсины *Cl. Difficile* был положительным в 12,7% случаев. В группе сравнения нормальный уровень зонулина наблюдался у 88,3% пациентов, из которых в 2,3% выявлен положительный анализ на токсины А и В *Cl. Difficile*. Повышенный уровень зонулина выявлен у 11,7% пациентов, из которых только в 3,6% случаев анализ на токсины А и В *Cl. Difficile* был положительным.

Выводы. В результате проведенного исследования у пациентов с ВЗК выявлена повышенная кишечная проницаемость, определенная по уровню зонулина и ассоциированная с положительными анализом на токсины А и В *Cl. Difficile*, что обуславливает необходимость дальнейшего изучения влияния сопутствующих инфекционных и неинфекционных факторов, влияющих на состояние кишечного барьера.

ВЫБОР ИМПЛАНТИРУЕМОГО УСТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ТАХИКАРДИОМИОПАТИЕЙ И УМЕРЕННО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПЕРЕД РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИЕЙ АВ УЗЛА

Ребеко Е.С., Часнойть А.Р., Гончарик Д.Б.,
Персидских Ю.А., Плащинская Л.И.,
Барсукевич В.Ч., Подпалова О.В.
Республиканский научно-практический центр
«Кардиология»,
Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Изучить динамику эхокардиографических показателей у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) и радиочастотной абляцией (РЧА) АВ узла (АВУ) в зависимости от исходного конечного диастолического объема (КДО) левого желудочка (ЛЖ) и вида имплантируемого устройства

Материалы и методы. В исследование включено 56 пациентов (48 мужчин), средний возраст $59,4 \pm 10,4$. Все пациенты были подвергнуты РЧА АВУ с предварительной имплантацией ЭКС либо ресинхронизирующего устройства. Среди пациентов была выделена группа с умеренно сниженной систолической функцией ЛЖ (фракция выброса (ФВ) в диапазоне от 35% до 45% включительно) и тахисистолической формой ФП. Данная группа была разбита на 2 подгруппы в зависимости от вида имплантированного устройства (ресинхронизирующее устройство, однокамерный ЭКС). Группа 1 (7 человек) – с имплантированным однокамерным ЭКС, группа 2 (19 человек) – пациенты с имплантированным ресинхронизирующим устройством. Был проведен сравнительный анализ основных эхокардиографических показателей между исследуемыми группами исходно, через 6 и 12 мес наблюдения. Далее был проведен анализ зависимости ФВ ЛЖ через 6 и 12 мес наблюдения от величины КДО ЛЖ исходно в исследуемых группах. Для этого пациенты с двух исследуемых групп были разбиты на подгруппы в зависимости от величины КДО: условно малый КДО ≤ 180 мл и КДО > 180 мл.

Результаты. При анализе зависимости роста ФВ ЛЖ через 6 и 12 мес наблюдения от величины КДО ЛЖ исходно в исследуемых группах были получены достоверные различия: в группе с ЭКС и исходным КДО ≤ 180 мл ФВ ЛЖ была статистически значимо выше (42,1 [37; 45]) по сравнению с группой с ресинхронизирующим устройством (36,5 [35; 43]), $p=0,04$.

Выводы. Таким образом, при имплантации устройства у пациентов с пограничной ФВ ЛЖ необходимо учитывать КДО ЛЖ и отдавать предпочтение ресинхронизирующему устройству при значениях КДО > 180 мл.

ИЗУЧЕНИЕ ЗАВИСИМОСТИ МЕЖДУ МЕЛАТОНИНОМ И ПСИХИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЕМ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Резова Н.В., Перцев А.В., Шкатова Я.С.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

На протяжении многих десятков лет артериальная гипертензия (АГ) по-прежнему остается актуальной проблемой в медицине. В настоящее время широко изучается вопрос влияния тревоги и депрессии на течение и прогноз сердечно-сосудистых заболеваний. Известен тот факт, что около 60% пациентов, страдающих АГ, имеют депрессивные расстройства, причем частота встречаемости нарушений увеличивается по мере нарастания тяжести гипертензии. Кроме того, депрессия рассматривается как фактор риска атеросклероза, АГ, ИБС, а также как предиктор сердечно-сосудистых осложнений. К тому же, нельзя не отметить тот факт, что нарушение выработки мелатонина приводит к нарушению многих систем и к проявлению все больше патологий.

Цель исследования. Проанализировать взаимосвязь между уровнем мелатонина сульфата в моче и клиническим течением АГ и уровнем тревожности и депрессии у больных.

Материалы и методы. обследовано 98 мужчин и 80 женщин с диагнозом ГБ, находившихся на амбулаторном лечении, средний возраст которых составил $60,2 \pm 0,92$ года. Всем пациентам проводили: оценку тяжести АГ (оценивали: количество визитов к врачу общей практики и/или врачу терапевту участковому, вызовы БСМП, количество госпитализаций за прошедший год), 24-часовой мониторинг АД, определение уровня мелатонин сульфата в моче, оценку уровня тревожности и депрессии (шкала тревоги Спилбергера, шкала депрессии Цунга).

Результаты и обсуждения. Мы проанализировали взаимосвязь уровня мелатонина сульфата в моче и показатели клинического течения АГ. Таким образом, мы установили, что уровень мелатонина сульфата в моче у больных АГ не различался в зависи-

мости от количества визитов к специалисту ($F=0,37$; $p=0,7757$), от количества вызовов СМП и госпитализации ($F=0,67$; $p=0,6154$), ($F=0,81$; $p=0,4947$). Необходимо подчеркнуть, что уровень мелатонина сульфата в моче различался в зависимости от степени. При 1 степени АГ уровень мелатонин сульфата в моче составил $25,89 \pm 1,21$ нг/мл, при 2 степени АГ – $20,48 \pm 1,19$ нг/мл, при 3 степени АГ – $16,92 \pm 0,55$ нг/мл ($F=49,07$; $p=0,0000$). Проанализировав взаимосвязь уровня мелатонина сульфата в моче и уровня тревожности и депрессии, мы обнаружили, что уровень мелатонина сульфата в моче у больных АГ различался в зависимости от уровня реактивной (Тр) и личностной тревожности (Тл) и уровня депрессии. При высокой Тр средние значения оцениваемого показателя составили $13,03 \pm 0,71$ нг/мл, при умеренной Тр – $18,53 \pm 0,48$ нг/мл ($F=31,78$; $p=0,0009$). При высокой Тл средние значения оцениваемого показателя составили $16,10 \pm 0,48$ нг/мл, при умеренной Тл – $20,13 \pm 0,33$ нг/мл ($F=4,08$; $p=0,0006$). При субдепрессивных состояниях средние значения оцениваемого показателя составили $13,24 \pm 0,35$ нг/мл, при легкой депрессии – $16,29 \pm 0,56$ нг/мл, если депрессия не выявлялась, средние значения оцениваемого показателя составляли – $21,47 \pm 0,61$ нг/мл ($F=2,18$; $p=0,0001$).

Выводы. Анализ взаимосвязей уровня мелатонина сульфата в моче и клинического течения АГ, уровня тревожности и депрессии у обследуемых больных показал следующие результаты: уровень мелатонина сульфата в моче статистически значимо связан со степенью АГ, уровнями тревожности и депрессии: чем выше цифры АД у больных, тем ниже уровень оцениваемого показателя ($p < 0,05$), чем выше уровень тревожности (Тр, Тл), тем ниже уровень мелатонина сульфата в моче ($p > 0,05$), а у больных с субдепрессивными состояниями и легкой депрессией выявлены низкие значения уровня мелатонина сульфата в моче ($p < 0,05$).

СОН И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ: ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ

Резова Н.В., Шкатова Я.С., Перцев А.В.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Сон представляет собой физиологический процесс, который включает в себя прекращение или снижение двигательной активности и контакта с окружающим миром, сопровождающийся снижением функций анализаторов и отключением сознания. Вне всякого сомнения, большинство пациентов с ар-

териальной гипертензией (АГ) сталкиваются с такой проблемой как нарушения сна. Циркадианные колебания артериального давления (АД) вероятнее всего связаны с регулирующим влиянием мелатонина. Широко известен тот факт, что у пациентов с АГ при уменьшении выработки мелатонина не наблюдается адекватного снижения АД во время сна.

Цель исследования. Выявить и изучить взаимосвязь между клиническим течением АГ и индексом качества сна.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 178 пациентов с диагнозом ГБ, находившихся на амбулаторном лечении. Всем пациентам осуществляли оценку тяжести АГ (учитывали: количество визитов к врачу общей практики и/или врачу терапевту участковому, вызовы скорой помощи), определяли индекс качества сна согласно Питтсбургскому опроснику.

Результаты и обсуждения. У больных индекс качества сна различался: в зависимости от количества визитов к специалисту – при 1-ом визите в год оцениваемый показатель составил $6,12 \pm 0,61$ баллов, при 2-х – $6,93 \pm 0,28$ баллов, при 3-х – $8,23 \pm 0,39$ баллов, при 4-х – $8,50 \pm 1,32$ балла ($F=3,97$; $p=0,0107$), в зависимости от количества вызовов СМП – если больные за год ни разу не вызывали СМП, оцениваемый показатель составил $6,65 \pm 0,26$ баллов, при 1-ом вызове в год – $7,03 \pm 0,29$ баллов, при 2-х – $8,23 \pm 0,59$ баллов, при 3-х – $11,00 \pm 0,26$ баллов, при 5-и – $12,67 \pm 1,20$ баллов ($F=17,79$; $p=0,0000$). Кроме того, индекс качества сна различался: в зависимости от степени АГ – при 1 степени АГ оцениваемый показатель составил $4,8 \pm 0,20$ баллов, при 2 степени АГ – $6,06 \pm 1,19$ баллов, при 3 степени АГ – $7,12 \pm 0,40$ баллов ($F=23,96$; $p=0,0000$), в зависимости от стратификационного риска осложнений: при 2 риске ССО оцениваемый показатель составил $4,90 \pm 0,21$ балл, при 3 риске ССО – $6,51 \pm 0,97$ баллов, при 4 риске ССО – $8,31 \pm 0,56$ балла ($F=37,88$; $p=0,0021$). Следует отметить, что у больных индекс качества сна также различался в зависимости от регулярного или нерегулярного приема антигипертензивных препаратов ($7,68 \pm 0,61$ баллов при нерегулярной антигипертензивной терапии и $6,08 \pm 0,35$ баллов при регулярной ($F=2,16$; $p=0,0050$)) и от длительности АГ (при впервые выявленной АГ оцениваемый показатель составил $5,60 \pm 0,23$ балла, при длительности от 1-ого до 4-х лет – $6,54 \pm 0,12$ баллов, при длительности от 5-ти до 10-ти лет – $7,47 \pm 0,11$ баллов, при длительности более 11-ти лет – $8,41 \pm 0,15$ баллов ($F=5,03$; $p=0,0030$)).

Выводы. Проведенный анализ взаимосвязей нарушений сна и течения АГ показал, что индекс качества сна статистически значимо связан с количеством визитов к врачу, вызовов СМП, госпитализации: чем чаще больные обращались за медицинской помощью, тем выраженнее у них были расстройства сна. Также, чем выше цифры САД и/или ДАД выяв-

лялись у больных, тем хуже было качество сна, о чем свидетельствует высокий индекс качества сна у больных АГ 3 степени, чем выше риск ССО был у больных, чем дольше была в анамнезе АГ, тем хуже было качество сна и индекс качества сна был выше.

ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТЕЙ У ПАЦИЕНТКИ С АМИОПАТИЧЕСКИМ ДЕРМАТОМИОЗИТОМ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ДЕБЮТОМ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Родионовская С.Р.^{1,2}, Алексеева О.П.²

¹Федеральный научно-клинический центр детей и подростков Федерального медико-биологического агентства России,

²Федеральное медико-биологическое агентство, Москва

Цель исследования. Представить исходы беременностей у больной амиопатическим Ювенильным дерматомиозитом (ЮДМ).

Материалы и методы. Пациентка 24 лет, больна с 6-ти лет, в дебюте подострое развитие перiorбитальной гелиотропной эритемы, отека век, эритематозных высыпаний над коленными, локтевыми, межфаланговыми суставами кистей, в отсутствии проксимальной мышечной слабости (мышечная сила 5 баллов), уровень ферментов мышечного распада в норме (КФК 55 Ед/л, ЛДГ 167 ед/л, АЛТ 28 ед/л, АСТ 18 ед/л), антинуклеарные антитела (АНА) в пределах референсных значений. Биопсия мышечной ткани, игольчатая электромиография – данных за воспалительную миопатию не выявлено.

Результаты и обсуждение. Наблюдалась в ФГБУ ФНКЦ детей и подростков с 2003 г. Диагноз установлен через 7 мес от дебюта, в соответствии с критериями Sontheimer R.D., Amato A.A., назначена терапия преднизолоном 1 мг/кг/сутки, гидроксихлорохином 6 мг/кг/сутки, с последующей заменой на метотрексат 15 мг/м²/нед подкожно. В течение первых 8 лет неоднократные рецидивы кожных проявлений, потребовавшие коррекции дозы преднизолона. В 2010 г. инициирована биологическая терапия Этанерцептом 0,8 мг/кг/нед. подкожно, с достижением эффективного контроля над проявлениями кожного васкулита, возобновлением темпов физического развития. С 18 лет этанерцепт отменен. В возрасте 21 года и 23 лет повторные беременности, протекавшие на фоне угрозы прерывания, хронической фетоплацентарной недостаточности и маловодия. Обе беременности завершились преждевременными оперативными родами на сроках 32 и 35 недель соответственно. Первая

беременность являлась незапланированной, в первом триместре самостоятельный прием метотрексата 10 мг/неделю, доза преднизолона от 10 до 40 мг/сутки, родившийся ребенок экстремально низкой массы тела 990 гр, рост 35 см, в течение 2 месяцев наблюдался в отделении недоношенных. Вторая беременность запланированная, продолжена терапия преднизолоном 10 мг/сутки, сохранялась медикаментозная ремиссия. Масса тела второго ребенка 1830 гр. В обоих случаях обострения дерматомиозита в послеродовом периоде не отмечено. До года у первого ребенка имела место темповая задержка психомоторного развития с постепенным восстановлением к настоящему времени.

Представленный клинический случай демонстрирует, что беременность при воспалительных миопатиях сопряжена с высоким риском как для матери, так и для ребенка. Преждевременные роды, кесарево сечение и задержка внутриутробного развития являются основными неблагоприятными исходами. Более благоприятный прогноз по вынашиванию беременности наблюдается при ремиссии заболевания, а т.ж в случае запланированной беременности. Использование терапии системными ГК в качестве препаратов первой линии показано для ведения пациенток во время беременности.

Выводы. Планирование беременности у пациенток с воспалительными миопатиями, ремиссия заболевания, динамический контроль ревматолога и гинеколога в период беременности – факторы улучшающие прогноз материнских исходов.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕРКОТИЗИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Ростом Л.Ж.¹, Буева К.А.¹, Мазуренко С.О.^{1,2},
Стрижелецкий В.В.^{1,2}, Шатиль М.А.²

¹Санкт-Петербургский государственный университет,

²Городская больница

Святого Великомученика Георгия,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить влияние таких факторов риска как возраст, избыточная масса тела, сахарный диабет и курение на развитие наркотизирующих инфекций мягких тканей.

Материалы и методы. В исследование включены 92 пациента (52 мужчины и 40 женщины) в возрасте от 21 до 90 лет (средний возраст 57,3±15,7 лет), находившихся на лечении в отделениях гнойной хирургии СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия». Выполнен анализ историй болезней пациентов, рассчитан индекс мас-

сы тела и использованы формализованные опросники для выявления факторов, приведших к развитию инфекций мягких тканей.

Результаты и обсуждение. Все пациенты, вошедшие в исследование, были разделены на следующие возрастные группы: 1) пациенты в возрасте до 50 лет – 29 (31,5%) (8 женщин (8,7%) и 21 мужчин (22,8%)); 2) в возрасте от 51 до 60 лет – 24 (26,1%) (8 женщин (8,7%) и 16 мужчин (17,4%)); 3) в возрасте от 61 до 70 лет – 19 (20,7%) (9 женщин (9,8%) и 10 мужчин (10,9%)); 4) в возрасте старше 70 лет – 20 (21,7%) (15 женщин (16,3%) и 5 мужчин (5,4%)). В зависимости от наличия избыточной массы тела и сахарного диабета все пациенты были разделены на 4 группы: Первая группа: пациенты с избыточной массой тела (ИМТ \geq 25) и ожирением (ИМТ \geq 30) без сахарного диабета (СД) (всего 35 (38,0%), 19 мужчин, 16 женщин, средний возраст 60,9 \pm 16 лет). Избыточную массу тела имели 13 пациентов, ожирение 1 степени – 13, ожирение 2 степени – 6, ожирение 3 степени – 3 пациента. 16 пациентов в анамнезе указали на значительный стаж курения. У двух курящих пациентов с ожирением 1 и 2 степени выявлена ВИЧ инфекция. Вторая группа: пациенты с избыточной массой тела и ожирением, страдающие СД (всего 37 (40,2%), 21 мужчин, 16 женщин, средний возраст 59,3 \pm 13,7 лет). Из них 34 пациента 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. 21 пациент в анамнезе указали на значительный стаж курения. У одного курящего пациента с сахарным диабетом 2 типа и избыточной массой тела выявлена ВИЧ инфекция. Третья группа: пациенты с нормальной массой тела, не страдающие СД (всего 13 (14,1%), 7 мужчин, 6 женщин, средний возраст 41,7 \pm 13,0 лет). 11 пациентов в анамнезе указали на значительный стаж курения. У двух курящих пациентов с нормальной массой тела выявлена ВИЧ инфекция. Четвертая группа: пациенты с нормальной массой тела, страдающие СД (всего 7 (7,6%), 5 мужчин, 2 женщины, средний возраст 57,4 \pm 12,7 лет, из них 7 пациентов страдают диабетом – 2 типа. 6 пациентов в анамнезе указал на значительный стаж курения. У одного пациента с нормальной массой тела выявлена ВИЧ инфекция. По результатам исследования очевидно преобладание пациентов мужского пола в группах до 70 лет и преобладание почти в три раза пациентов женского пола в группе старше 70 лет, что видимо, связано с меньшей продолжительностью жизни мужчин с факторами риска.

Выводы. На основании полученных данных можно сделать вывод о преобладании пациентов мужского пола. Наиболее часто гнойно-некротические инфекции встречаются у мужчин в возрасте до

70 лет и женщин старше 70 лет. Избыточная масса тела с сахарным диабетом или без него является главным фактором риска развития наркотизирующей инфекции мягких тканей. У пациентов с нормальной массой тела основной фактор риска – курение.

ОСОБЕННОСТИ РЕСПИРАТОРНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Сабилов Д.М.¹, Росстальная А.Л.^{1,2}, Тахиров А.У.²

¹Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,

²Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Оценка степени эффективности и безопасности респираторной терапии с применением ВЧ ИВЛ у пациентов с сочетанной тяжелой черепно-мозговой травмой.

Материал и методы. В исследование было включено 38 пациентов, которые находились в нейрохирургическом отделении РНЦЭМП за период с 2013-2015 гг. Возраст больных варьировал от 24 до 73 лет (в среднем – 43,2 \pm 14,8 года). По половому признаку: мужчин – 31, женщин – 7. Пациенты по шкале APACHE II варьировала от 7 до 31 балла (в среднем – 16,1 \pm 4,8 балла). В группу отбора были включены пациенты с сочетанной ТЧМТ с имеющейся клиникой аспирации, нозокомиальной пневмонией и сопутствующей травмой грудной клетки. Вентиляция в обеих группах проводилась на аппаратах ZisLine (Екатеринбург), Vela и Savina-300. Проводился контроль: гемодинамических показателей, газов артериальной крови, внутричерепного давления (аппаратом «TRITON» и «Codman»), респираторного индекса, рентген и компьютерная томография органов грудной клетки.

Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от методики респираторной поддержки. В 1-ой группе (n=15) – ИВЛ в режиме SIMV с применением ПДКВ до 10. Во 2-ой группе (n=23) – респираторная терапия проводилась в высокочастотном режиме ИВЛ, а в последующем переводили в режим SIMV тогда, когда уровень рСО₂ превышал 40 мм рт.ст. Вентиляция в ВЧ ИВЛ длилась от 2 до 8 часов. После перевода на традиционную вентиляцию в обязательном порядке устанавливался ПДКВ.

Основным критерием включения в исследование явилось сочетанная травма с: нарушением каркаса грудной клетки и легких; осложнившаяся гемо- или пневмотораксом; перелом более 4-х ребер;

дыхательной недостаточностью II-III степени; уровнем сознания по шкале Глазго не менее 9 баллов; снижением респираторного индекса менее 200 мм рт.ст. Все больные были прооперированы. Фиксация ребер проводилась по методике РНЦЭМП.

Результаты и обсуждение. Динамика респираторной системы в процессе вентиляции легких контролировалась – до, во время и после выбранного режима. До начала вентиляции в обеих группах PaO_2/FiO_2 – 150 ± 54 и Cs – $28 \pm 3,4$ не отличался. Во время – в 1-ой группе PaO_2/FiO_2 – 157 ± 34 , Cs – $38 \pm 4,4$, в 2-ой группе PaO_2/FiO_2 – $192 \pm 2,8$, Cs – $50 \pm 6,4$, а после – в 1-ой группе PaO_2/FiO_2 – 167 ± 54 , Cs – $41 \pm 6,4$, в 2-ой группе PaO_2/FiO_2 – $264 \pm 4,2$, Cs – $67 \pm 2,4$. Проводя анализ контролируемых церебральных показателей, отмечалось снижение ЦПД ($64,4 \pm 1,3$ мм рт.ст.) и увеличение ВЧД ($20,6 \pm 0,7$ мм рт.ст), когда во второй группе отмечалось снижение ВЧД ($16,8 \pm 2,7$ мм рт.ст.), и оптимальное ЦПД ($68,0 \pm 2,8$ мм рт.ст.), которое положительно сказалось на последующей гемодинамике, а в дальнейшем и на рентгенологической картине пациента. В среднем время нахождения на ИВЛ: в 1-ой группе – 14 ± 2 суток, 2-ая группа – 7 ± 1 суток.

Выводы. Применение наружной фиксации ребер и респираторной поддержки у пациентов с сочетанной ТЧМТ с применением ИВЛ оказало минимальное влияние на мозговой кровоток и улучшило респираторную динамику, которое в свою очередь способствовало сокращению пребывания в реанимационном отделении на 3-5 дней.

КЛИНИКО- МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

Сабиров У.Ю., Иноятова Н.Р., Исмогилов А.И.,
Махсудов М.Р.

Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр
дерматовенерологии и косметологии,
Ташкент, Республика Узбекистан

Неуклонный рост угревой болезни среди лиц – подросткового и молодого-активного возраста, хроническое, тяжелое течение дерматоза, резистентность к проводимой базисной терапии, способствующие косметологическим дефектам и уменьшению качества жизни больного, требует глубокого подхода к изучению патогенетических аспектов развития данной проблемы.

Цель исследования. Оценка микробиологического статуса кожи у больных угревой болезнью.

Материал и методы исследования. Обследовано 37 больных с угревой болезнью в возрасте от 16 до 28 лет. Среди них лица женского пола составили – 16 и мужского – 21. У всех больных проводили клинические, микробиологические и статистические исследования.

Результаты исследования. Результаты микробиологических исследований показали, что на коже очагов поражения наиболее чаще высевался *S. Aureus*, *S. haemolyticus* – у 13 больных (35,1%), *S. epidermidis* – у 8 (21,1%). В 29,7% (11) случаев на коже в очагах поражения у больных УБ отмечалась микробная контаминация *S.aureus+enterobakter sp.*, *S. epidermidis+enterobakter sp.* В зависимости от степени тяжести УБ при I степени тяжести (комедональной форме) наиболее чаще высевался *S. Epydermidis* – 47,2%, *S. haemolyticus* – 13,4% и *S. aureus* – 39,4% соответственно. При II степени тяжести (папуло-пустулезной) в 49,5% – *S. Haemolyticus*, 35,3% – *S.aureus*, 26,2% – *S. Epydermidis* и при III степени тяжести (узловатой) – 52,7% – *S.aureus* и 47,3% – *S. Haemolyticus*. Изучение состояния обсемененности патогенных микроорганизмов на коже в очагах поражения показали повышенную колонизацию стафилококков. Так, при III и IV степени тяжести УБ колонизация *S.aureus* в 53,8% и 44,4% случаев в среднем составила $124,05 \pm 3,1$ КОЕ/см² ($p < 0,05$) и *S. Haemolyticus* – при II-III-IV средне-тяжелой степени колонизация составила в среднем $147,3 \pm 3,3$ КОЕ/см².

Выводы. Анализ полученных результатов свидетельствует о высокой колонизации патогенных форм *staphylococcus spp.*, особенно при папуло-пустулезной и узловатой форме УБ, что соответствует II, III, IV степени тяжести заболевания. Высокая высеваемость *S. Epydermidis* (45,5%) при I степени тяжести с повышенной колонизацией свидетельствует о персистирующей способности микроорганизма на коже в очагах поражения.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕКМЕНТА ST

Савушкина И.А., Овсянников Е.С.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Инфаркт миокарда (ИМ) – одна из форм ишемической болезни сердца, характеризующаяся раз-

витием 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 ИМпСТ.

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 наличием 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 ИМпСТ (риск 30-дневной смерти после ИМпСТ). 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 тромболитическую терапию. 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, происходящее с увеличением частоты реперфузионной терапии с применением тромболитической.

ОЦЕНКА ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Савушкина И.А., Овсянников Е.С.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпСТ) – 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 сопутствующих 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 $p < 0,05$.

Полученные 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 тромболитиком 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 встречающиеся – 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.

РОЛЬ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И РАЗВИТИЯ ОСТЕОАРТРИТА В СОЧЕТАНИИ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Сагатова Д.Р., Султанова М.Х., Муминова Н.И.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Оценить эндотелиальную дисфункцию у пациентов с коморбидной патологией – артериальной гипертензией.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 50 пациентов-женщин в возрасте от 47 до 70 лет, имеющих остеоартрит коленных суставов I-II стадии. Обследование проводилось в ревматологическом отделении первой клиники Ташкентской Медицинской Академии. Все включенные в исследование пациенты имели артериальную гипертензию I-II степени. Для оценки степени выраженности эндотелиальной дисфункции использовался метод J. Hladovec (1978), принцип которого заключается в изоляции клеток эндотелия. На область плеча пациента накладывалась манжета, в которой создавалось давление, превышающее систолическое на 40-50 мм рт. ст., через 4 минуты проводилась декомпрессия и производился забор крови из подкожной локтевой вены, после чего в плазме крови определялось количество циркулирующих (десквамированных) эндотелиоцитов в расчете на 100 мкл плазмы, а также определялась уровень общего оксида азота.

Результаты и обсуждение. При статистическом анализе для определения достоверности между групповых различий применяли критерий Стьюдента (t). Для корреляционного анализа применялся критерий корреляции Пирсона[®], позволяющий определить, есть ли линейная связь между изменениями значений различных показателей (связь между показателями воспринималась как слабая – при $r < 0,3$, средней силы – при r от 0,3 до 0,7, сильная при $r > 0,7$). Критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы принимали равным 0,05. Установлена патогенетическая взаимосвязь между повреждением эндотелия (циркулирующих (десквамированных) эндотелиоцитов) и процессами неоваскулогенеза ($r=+0,62$). Данная взаимосвязь усугубляет нарушение микроциркуляции при поражении суставов и вызывает прогрессирование деструкции хряща, над хрящевого матрикса. Вследствие повреждения эндотелия происходит нарушение выработки «дирижера кровообращения» – оксида азота. Снижение уровня оксида азота приводит к превалированию вазоспазма над вазодилатацией, что также усугубляет патологический процесс ($r=-0,56$ между ДЭЦ и NO). Выявлена об-

ратная взаимосвязь между маркером неоваскулогенеза и показателем вазодилатации ($r=-0,45$).

Выводы. Выявлено, что хронизация воспалительного процесса при остеоартрите создает благоприятный фон условия для синдрома сосудистых нарушений. Непосредственно при этом доклиническим предиктором является азот оксида, так как его концентрация снижена даже при отсутствии синовиита. Данная взаимосвязь подтверждает, что нарушение микроциркуляторного звена является важнейшим элементом патогенеза. Это доказывает, что прогрессирование воспалительного процесса в хряще, в синовиальной оболочке, над хрящевой частью кости зависит от выраженности нарушения кровообращения на уровне микроциркуляции.

ЧТО ТОЛКАЕТ ПАЦИЕНТА С COVID-19 В РУКИ ХИРУРГА

Салыгина Д.С., Симутис И.С., Кащенко В.А.,
Васюкова Е.Л., Сапегин А.А., Куприн Е.П.
Северо-западный окружной научно-клинический
центр имени Л.Г. Соколова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить распространенность и предикторы возникновения спонтанных гематом у пациентов с НКИ средней и тяжелой степени.

Материалы и методы исследования. В работе проанализированы результаты лечения 25 пациентов с COVID-19 средней и тяжелой степени, находившихся на стационарном лечении в ФГБУ СЗОНКЦ в период с 06.11.2020 по 02.03.2021 с клинически значимыми гематомами. Лечение и диагностика пациентов осуществлялись в соответствии с ВКР «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» версия 9 (26.10.2020).

Результаты и их обсуждение. За период с 06.11.2020 по 02.03.2021 в стационар СЗОНКЦ поступило 1878 пациентов с COVID-19. Из пролеченных больных у 25 человек (1,1%) возникли клинически значимые гематомы, потребовавшие хирургического лечения. Возраст пациентов от 57 до 89 лет (в среднем $70 \pm 5,6$ лет), из них женщин – 20 (80%), мужчин – 5 (20%). По данным УЗИ, КТ и (или) операционным данным размер гематом составлял не менее 10 см в минимальном измерении и объем от 300 см³ до 2,3 л. У 96% (24 пациента) они были представлены глубокими межмышечными гематомами. Характерной локализацией были гематомы влагалища прямой мышцы живота (12

больных). Реже выявлены гематомы грудной стенки (5 больных) и конечностей (3 пациента). Данное осложнение потребовало отмены НМГ, а у 48% проведение гемотрансфузии и привело к ухудшению клинических результатов: увеличения летальности в данной группе до 36,0% и также удлинения сроков госпитализации.

К возникновению спонтанных гематом и кровотечений у 72,0% пациентов привела длительная (более 20 дней) и интенсивная гепаринотерапия, что было связано с частой комбинацией COVID средней и тяжелой степени, а также исходно высокого риска ВТЭО в анамнезе, оцененного по шкале PADUA у 72% 6 и более баллов. В большинстве случаев это были женщины (80%), чему могло способствовать более частое носительство генов тромбофилии различного типа.

Важным предиктором у данных пациентов явилось наличие признаков многофакторного, включая прямое и иммуноопосредованное, воздействия SARS-CoV-2 на печень. У 9 пациентов (36%) имел место исходно повышенный уровень трансаминаз, у 3 пациентов (12,0%) гипертрансаминаземия значительно прогрессировала в процессе лечения. Еще одним гепатотропным фактором риска явился исходно сниженный уровень ПТИ и повышенный уровень МНО у 20,0% исследованных пациентов. Показатели активности вирусного поражения печени не являются рутинными исследованиями при НКИ, что, в ряде случаев привело к несвоевременной диагностике и коррекции терапии.

К факторам риска спонтанных гематом необходимо отнести исходно сниженный уровень тромбоцитов, а также прогрессирующую тромбоцитопению. Исходно тромбоцитопения, менее $150 \times 10^9/\text{л}$ имела место у 24% пациентов, а менее $180 \times 10^9/\text{л}$ в 40% случаев, отягощающим обстоятельством в этой связи являются рознящиеся рекомендаций к коррекции и отмене гепаринопрофилактики.

Выводы. У пациентов с НКИ, с исходно высоким уровнем риска ВТЭО, особенно в сочетании с прогрессирующей тромбоцитопенией, необходим регулярный пересмотр стратегии гепаринопрофилактики с целью минимизации риска кровотечений. Для профилактики кровотечений рационально оценивать интенсивность повреждения печени при вовлечении ее в патологический процесс. Так как тромботические осложнения НКИ носят многофакторный характер, с преобладанием иммуноопосредованного механизма активации, антикоагулянтную стратегию при низкой или отсутствующей эффективности гепарина рационально дополнять другими, в т.ч. и экстракорпоральными методами коррекции диспропорциональной системной воспалительной реакции.

ЛЕЧЕНИЕ ПОДАГРЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: РЕАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ФАКТОРЫ БЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА

Сарапулова А.В.^{1,2}, Теплякова О.В.^{1,2}

¹Уральский государственный
медицинский университет,

²Медицинское объединение «Новая больница»,
г. Екатеринбург

Цель исследования. Несмотря на то, что подагра постулируется как «курабельное» ревматологическое заболевание, большинство пациентов не достигают целевых уровней мочевой кислоты (МК) и продолжают сталкиваться с регулярными обострениями. Более того, подагра является значимым фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, что придает еще большую важность стратегии контроля МК. Целью данной работы является оценка эффективности терапии подагры в реальной клинической практике и факторов, влияющих на нее, и представляет собой первый этап исследования с планируемой длительностью наблюдения пациентов до 2 лет.

Материалы и методы. На данном этапе в исследование включены 60 пациентов с установленным диагнозом подагры (по критериям ACR/EULAR). В зависимости от стадии заболевания больным назначали симптоматическую противовоспалительную терапию, а также уратснижающую терапию (УСТ) - аллопуринол или фебуксостат - для снижения уровня МК. Дозировка аллопуринола в первые два месяца приема составляла 300 мг/сутки (наращивалась за первый месяц приема) и затем корректировалась в зависимости от уровня МК, дозировка фебуксостата составляла 80 мг/сутки, при необходимости доводилась до 120 мг. Для профилактики обострения всем пациентам назначали колхицин по 0,5-1,0 мг/сутки сроком до 6 месяцев. Через 2 и 6 месяцев терапии оценивали ее эффективность. Со всеми пациентами была проведена беседа о коррекции факторов риска (диета, прием алкоголя) и рекомендации к просмотру онлайн школы для больных подагрой.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов составил 46,9±9,9 года, длительность заболевания 8,5±3,4 года, из них 96,7% мужчин. Среднее количество обострений в год до начала терапии составило 7,8±3,5. Через 6 месяцев терапии 46,7% больных отметили отсутствие приступов подагры, остальные – уменьшение продолжительности приступов (в среднем с 10,4 до 1,6

дней) и их интенсивности (уровень боли по шкале ВАШ во время приступа снизился с 7,8 балла до 3,9). Средний уровень МК снизился за 2 месяца с 541,3±146,8 до 387,4±146,9 мкмоль/л, а через 6 месяцев после начала терапии составил 299,6±56,5 мкмоль/л. При этом медианный уровень дозы аллопуринола составил 300 мг/сутки. Уровень креатинина существенно не изменился и составил 104,7±34,9 мкмоль/л до терапии и 97,5±26,7 мкмоль/л через 6 месяцев. Ни один из пациентов не прекратил терапию из-за непереносимости; у одного из пациентов на фоне приема фебуксостата наблюдалась незначительная лейкопения, что не привело к отмене препарата.

Следует отметить, что большинство обследованных – 56,7% – ранее обращались к ревматологу, но большинство из них не получали постоянной терапии. В качестве основных факторов приверженности к лечению пациенты выделили качественную информацию и эффект от назначенной терапии.

Выводы. данное исследование доказывает, что достижение целевого уровня МК возможно у большинства пациентов с подагрой, приводит к достоверному уменьшению количества приступов и их тяжести, требует проведения просветительской работы и наблюдения за больными.

РОЛЬ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ В ОБРАЗОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Сарапулова А.В.^{1,2}, Теплякова О.В.^{1,2}

¹Уральский государственный
медицинский университет,

²Медицинское объединение «Новая больница»,
г. Екатеринбург

Цель исследования. Пандемия COVID-19 внесла значительные коррективы в работу медицинских специалистов по всему миру. Широкое распространение получили технологии удаленного консультирования и образования пациентов. Несомненно, что самыми популярными площадками для информирования пациентов являются социальные сети, такие как Facebook, Instagram, Twitter. Целью данной работы стало изучение возможностей и влияние социальной сети как цифрового медицинского инструмента на образование и ведение ревматологических пациентов.

Материалы и методы. В социальной сети Instagram в блоге @revmatologg_sarapulova, посвященном вопросам ревматологических заболеваний, проведен опрос пациентов об уровне

полученной информации. На момент проведения опроса число подписчиков в блоге составило 4895 человек, ответили на представленные вопросы 223 человека. Опрос проводился в Гугл-форме и являлся анонимным.

Результаты и обсуждение. 86% ответивших проживали в Российской Федерации, 17,5% – в регионе проведения опроса, 14% пациентов оказались из других стран. 72% в качестве причины чтения блога указали, что болеют сами, 7% – болеют родственники, 14% – руководствуются желанием знать больше о ревматологических заболеваниях. 68,5% ответивших оценили информацию, представленную в блоге, как очень интересную (10 баллов по шкале от 0 до 10), 13,3% – 9 баллов и 9,1% – 8 баллов. Следует отметить, что ни один участник исследования не поставил ниже 5 баллов. Самым интересным в блоге большинство указало информационные посты (88,8%) и ответы на вопросы (77,6%).

2 из 3 пациентов (64,5%) после знакомства с представленной информацией стали знать больше о своем заболевании, 14% – начали вести более здоровый образ жизни, 9,8% поняли необходимость обращения к врачу.

83,3% участников оценили информацию в блоге как более развернутую, чем та, которую они получают на приеме лечащего врача, а 81% обратились бы за консультацией к врачу, ведущему блог. При ответе на вопрос «Делитесь ли Вы информацией, полученной в блоге, со своим лечащим врачом?» 47,2% отметили, что предпочитают не сообщать, 28% – сообщают, при этом 44,9% ответивших указали, что врач относится к полученной информации нейтрально, 22,9% – положительно, 7,6% – отрицательно. В целом, 86% согласились, что социальные сети – важный источник медицинской информации, а в качестве других источников отмечали самостоятельный поиск информации в интернете и прием лечащего врача.

65,7% ответивших задавали вопрос автору блога и получили ответ, который в 90,6% случаев был полезен. 36,8% ранее обращались за удаленной консультацией через любые мессенджеры/системы, а 20,1% планируют это сделать. В 57,8% случаев мнение лечащего врача совпало с результатом удаленной консультации, в 12,8% не совпало, а 17,8% пациентов обращались только удаленно.

Выводы. Социальные сети являются важным источником информации для пациентов и средством выбора медицинского специалиста. Однакостораживает тот факт, что примерно в половине случаев пациенты не делятся полученной информацией с лечащим врачом, что может объясняться как дефицитом времени, так и отсутствием должного уровня доверия.

САРКОПЕНИЯ КАК ПРЕДИКТОР ПАДЕНИЙ И ПЕРЕЛОМОВ У ЛЮДЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Сафонова Ю.А.^{1,2}

¹Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,

²Клиническая ревматологическая больница №25, Санкт-Петербург

Актуальность. Саркопения (СП) – это прогрессирующее и генерализованное заболевание скелетных мышц, возникающее преимущественно у людей старшего возраста. Прогностически неблагоприятными исходами СП у людей пожилого возраста являются падения, приводящие к нарушению функционального статуса, снижению качества жизни, повышению риска переломов и смерти.

Цель исследования. Проанализировать частоту падений и структуру переломов у людей с СП в возрасте 65 лет и старше и выявить факторы, связанные в высоким риском неблагоприятных исходов.

Материалы и методы. В одномоментное исследование включено 230 человек, из них 70 мужчин (30,4%) и 160 женщин (69,6%) медиана возраста которых составила 75 [68; 79] лет. Частоту падений и переломов оценивали в разных возрастных группах: 65-74 года (n=112; 48,7%), 75-84 года (n=101; 43,9%) и 85 лет и старше (n=17; 7,4%). СП диагностировали по критериям Европейской рабочей группы второго созыва (European Working Group on Sarcopenia in Older People – EWGSOP2).

Результаты. СП была выявлена у 28,7% участников старше 65 лет, частота которой увеличивалась с возрастом, достигая 59% у людей в 85 лет и старше. У людей со слабой мышечной силой (OR=1,46; 95% ДИ: 1,28-1,66) и низкой физической работоспособностью (OR=1,58; 95% ДИ: 1,31-1,91) риск упасть был выше по сравнению с лицами, с сохраненной функцией скелетных мышц (p<0,001). У людей с СП падения встречались значительно чаще, по сравнению с лицами без СП (90,9% и 37,2%, соответственно; p<0,0001). Во всех возрастных группах количество случаев падений у пациентов с СП было больше, по сравнению с лицами без СП (p<0,001). Практически у всех пожилых людей падения закончились развитием переломов, только один случай компрессионных переломов не был связан с падением. Частота переломов на фоне падений среди людей с СП была выше, по сравнению с лицами без СП (37,7% и 26,7%, соответственно; p<0,01) преимущественно

но за счет переломов проксимального отдела бедра (ПОБК) (18,8% и 7,7%, соответственно; $p < 0,01$) во всех возрастных группах.

Выводы. Саркопения является распространенным заболеванием у людей пожилого и старческого возраста. Низкая функция скелетных мышц увеличивает риск падений ($p < 0,001$). У пациентов с СП риск упасть в 10,73 (95% ДИ: 5,13-22,43) раза выше, чем у лиц, у которых СП не была диагностирована ($p < 0,0001$). Частота переломов на фоне падений у людей с СП выше по сравнению с лицами без СП (37,7% и 26,7%, соответственно; $p < 0,01$) преимущественно за счет переломов ПОБК (18,8% и 7,7%, соответственно; $p < 0,01$).

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЕ ПРОГРАММНЫМ ГЕМОДИАЛИЗОМ

Семенова К.И., Седов Д.С., Волошинова Е.В.
Саратовский государственный медицинский
университет имени В.И. Разумовского,
г. Саратов

Цель исследования. Оценить особенности течения постковидного синдрома у пациента, получающего лечение программным гемодиализом (ПГД).

Материал и методы. В исследовании представлено клиническое наблюдение пациента Т. 62 лет, выявленное в г. Саратове. Проведена оценка анамнеза, данных лабораторного и физикального обследования.

Результаты. Пациент Т., 62 лет. Причина хронической болезни почек 5 стадии-хронический гломерулонефрит, фокально-сегментарный гломерулосклероз. ПГД с 2017 г. Остаточная функция почек сохранена, диурез до 1500 мл. Анемия корригируется восполнением дефицита железа. Потребности в препаратах эритропоэтина (ЭПО) нет. В анамнезе язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. В октябре 2020 г. госпитализирован по поводу новой коронавирусной инфекции (50-75% поражения легочной ткани). В стационаре проводилась антибактериальная, антикоагулянтная, муколитическая, антигипертензивная терапия и терапия глюкокортикоидами с дальнейшей постепенной отменой. На момент выписки из стационара остаточная функция почек утрачена, анурия. В феврале 2021 г. появились выраженная общая слабость, отсутствие аппетита, одышка смешанного характера, усиливающаяся в период «большого»

междиализного промежутка, повышение артериального давления (АД), отеки голеней до нижней трети. В связи с нарастающей анемией (гемоглобин 88 г/л) добавлен препарат ЭПО 2000 МЕ в неделю с постепенным повышением дозы до 8000 МЕ в течение двух месяцев в связи с отсутствием прироста гемоглобина. В мае возникла неврологическая симптоматика: онемение языка, шаткость походки, головокружение. Объективно: бледность кожных покровов и видимых слизистых, изменение окраски языка – малиновый лакированный язык. В общем анализе крови гемоглобин 90 г/л, эритроцитарный индекс MCV 108 фл. Заподозрен дефицит витамина В12, который подтвердился лабораторно. Выставлен диагноз вторичной В12-дефицитной анемии, фуникулярный миелоз. Назначен цианокобаламин по схеме: внутримышечно 1 мг/сутки №7, затем 1 мг/сутки 3 раза в неделю с дальнейшим снижением дозы до 500 мкг/сутки 3 раза в неделю в течение двух недель, с переходом на поддерживающую терапию 8 мкг/сутки внутрь. Оценить эффект от терапии не удалось, пациент госпитализирован по поводу острого коронарного синдрома (прогрессирующая стенокардия при выписке). После выписки из стационара гемоглобин 101 г/л, MCV 111 фл. С момента перенесенной инфекции пациент похудел на 16 кг. Через 2 месяца терапии витамином В12 отмечено купирование неврологической симптоматики, нормальная окраска языка, коррекция анемии (гемоглобин 112 г/л, MCV 100 фл).

Обсуждение. Сроки ухудшения состояния пациента укладываются в понятие постковидного синдрома. Потеря аппетита и изменение рациона питания привели к вторичной В12-дефицитной анемии, чему способствовали язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, возможный субклинический дефицит витамина В12 на фоне длительного нахождения на ПГД. Убедительных данных прямого влияния SARS-CoV-2 на остаточную функцию почек нет. В первую очередь на ее утрату повлияло резкое похудание, ставшее причиной гипергидратации и потребовавшее увеличения величины ультрафильтрации. Острая коронарная патология, возникшая на фоне анемии, и повышения АД, также может быть расценена в рамках постковидного синдрома.

Выводы. Проявления постковидного синдрома у пациентов диализной популяции имеют свои особенности и отличаются значительным разнообразием: в представленном наблюдении это выраженное похудание, В12-дефицитная анемия, неврологическая симптоматика, утрата остаточной функции почек, дестабилизация АД, острая коронарная патология.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ КОАГУЛОПАТИЙ ПРИ COVID-19 С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОПЫТА ДОКОВИДНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕПАРИНИНДУЦИРОВАННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ

Семиголовский Н.Ю.^{1,2}, Семиголовский С.Н.³,
Левчук А.Л.⁴, Дрыгин А.Н.⁵, Боткина А.А.⁵

¹Санкт-Петербургский государственный университет,

²Северо-западный окружной научно-клинический
центр имени Л.Г. Соколова,

³Хирургия Гранд Мед,
Санкт-Петербург,

⁴Национальный медико-хирургический центр
имени Н.И. Пирогова,
Москва,

⁵Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет
имени академика И.П. Павлова,
Санкт-Петербург

Введение и цель. Тромбоцитопения многократно повышает риск осложнений и летальности больных. Гепарининдуцированная тромбоцитопения (ГИТ) имеет иммуноспецифический генез, повышает риск парадоксальных тромбозов и летальность госпитализированных, включая больных COVID-19. ГИТ отличают парадоксальные тромбозы, а также высокая летальность (до 40%). Описаны «синдром спонтанной ГИТ» при вакцинации от COVID-19 и ГИТ у больных COVID-19, сопровождающиеся тромбозами редких локализаций (Favaloro и соавт. (2021), Warketin и соавт. (2021), Greinacher и соавт. (2021), Lingamaneni и соавт. (2021), Cattaneo (2021). Диагностика ГИТ затруднена труднодоступностью и дороговизной определения ГИТ-антител, усложненностью и невысокой специфичностью существующих шкал риска. Целью работы являлось определение распространенности ГИТ в многопрофильном стационаре, а также улучшение диагностики и лечения ГИТ путем практического внедрения разработанных нами «Правил» диагностики «100-5-100» и «Алгоритма ведения больных ГИТ» (Семиголовский Н.Ю., Семиголовский С.Н., 2018).

Материалы и методы. По электронной базе данных за 2013-2015 гг. определена встречаемость выраженной тромбоцитопении ($<100 \times 10^9/\text{л}$) среди больных многопрофильного стационара до и после применения Правил диагностики и Алгоритма ведения, а также динамика летальности в отделениях реанимации. В базе данных стационара (2020-21 гг.) проанализированы случаи тромбоцитопении, отвечающие Правилу диагностики ГИТ, и прослежены исходы лечения.

Результаты и обсуждение. Выраженная тромбоцитопения ($<100 \times 10^9/\text{л}$) выявлена в 5018 образцах крови, полученных за 3 года у 950 больных, что составило 1,27% от общего количества госпитализированных. Гепарины получали 382 из них (40,2%). Значительная часть больных с предполагаемой ГИТ концентрировалась в реанимационных отделениях – общей реанимации (104), кардиохирургическом (40) и кардиореанимационном (58). Суммарно это составило 52,9% всех пациентов с предполагаемой ГИТ (202), что соответствует литературным данным о частоте развития осложненных ее форм. После применения Правил и Алгоритма (переход на введение фондапаринукса) отмечено снижение количества реанимационных больных с предположительной ГИТ вдвое, особенно в отделениях реанимации кардиохирургического профиля и кардиологического профилей. Тенденция к снижению наблюдалась и в отделении общей реанимации. Таким образом, несмотря на относительную редкость ГИТ, в многопрофильном стационаре на 540 коек количество больных с жизнеопасной ГИТ может достигать 100-170 в год, особенно, если в нем представлены больные, получающие гепарины (неврологического, травматологического, сосудистого, кардиохирургического, кардиологического профилей), включая госпитали COVID-19.

Применение Правил и Алгоритма на практике способствовало уменьшению частоты осложненной ГИТ, что проявилось снижением числа таких случаев в отделениях реанимации и достоверным снижением летальности.

Анализ пула больных COVID-19, в большинстве получающих гепарины, показал 8-кратное увеличение случаев выраженной тромбоцитопении, которые в 25% можно отнести к ГИТ. Их летальность достигала 60%, если не использовался Алгоритм лечения (тромбоэмболия легочной артерии, инфаркты сердца и мозга и др.).

Выводы. Представляется целесообразным широкая популяризация знаний о диагностике, осложнениях и лечении ГИТ.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ СМЕРТИ РЕАНИМАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ

Семиголовский Н.Ю., Мазуренко М.С.,
Бородин Н.В., Семиголовский С.Н., Ермолаева Л.Г.
Санкт-Петербургский государственный университет,
Северо-западный окружной научно-клинический
центр имени Л.Г. Соколова,
Санкт-Петербург

Цель работы. Определение прогностических возможностей и распространенности повышения тро-

пониная I крови (ТрI) у больных отделения реанимации (ОРИТ), не связанной с наличием острого инфаркта миокарда (ОИМ). Предикторная ценность тропонина сопоставлена с таковой у других лабораторных маркеров: Д-димер (Д-д), прокальцитонин (Пр), лимфоциты (Лф) и лейкоциты (Лк) периферической крови.

Материалы и методы. Ретроспективное изучение историй болезни 214 пациентов, лечившихся в ОРИТ, у которых хотя бы однократно отмечалось повышение уровня ТрI более 2× номиналов (>0,2 нг/мл). Средний возраст больных составил 71,4±12,7 лет (108 мужчин и 106 женщин в возрасте от 25 до 105 лет). Группа выживших была представлена 62 пациентами (32 мужчины и 30 женщин, средний возраст 72,5±1,5 года), группа умерших – 152 больных (76 мужчин и 76 женщин, среднего возраста 72,3±1,0 год, p=0,93).

Результаты и обсуждение. ОИМ был верифицирован лишь у 38 из 214 больных, т.е. у 17,8% всех Тр-позитивных пациентов. У остальных чаще выявлялись ТЭЛА (40,2%) и сепсис (32,2%). Уровни ТрI были наибольшими в подгруппе умерших больных ОИМ (10,33±2,82 нг/мл, у выживших больных ОИМ – 6,37±1,81). Наименьшими средние значения ТрI были у больных с тромбоемболией легочной артерии (ТЭЛА) (умершие – 1,64±0,85 нг/мл, выжившие – 0,46±0,06), промежуточные – у больных сепсисом (3,01±1,78 у умерших, 1,04±0,65 у выживших). Различия в подгруппах, недостоверны, вероятно, ввиду их малочисленности. Средние значения ТрI у умерших больных ОИМ были достоверно выше, чем у умерших больных сепсисом (p<0,0003) и ТЭЛА (p<0,00018), что отражает роль дисфункции миокарда в танатогенезе этих критических состояний. Умерших больных отличала тенденция к увеличению всех изученных маркеров, включая средние уровни ТрI (2,08±0,56 против 1,81±0,49 у выживших, p=0,77), Д-д (2189,8±133,7 нг/мл против 1891,7±190,9, p=0,21), Пр (3,97±0,39 нг/мл против 3,29±0,58, p=0,34) и абсолютного содержания Лк (12,14±0,43 против 11,31±0,51, p=0,28). А вот относительное содержание Лф периферической крови было достоверно ниже (p<0,0026) у умерших (12,6±0,6 против 16,2±0,9). Уровни ТрI и Д-д не коррелировали со сроком смерти реанимационных больных – r=-0,04 (p>0,05), в отличие от абсолютного количества Лк – r=-0,27 (p<0,05), Пр – r=-0,31 (p<0,05) и относительного количества Лф – r=0,59 (p<0,05). Срок смерти больных ТЭЛА не имел сколь-либо значимой корреляционной связи ни с уровнем Д-димера (r=-0,14, p>0,05), ни с уровнем ТрI (r=-0,06, p>0,05). Достоверной, но слабой она оказалась с абсолютным содержанием Лк – r=-0,31 (p<0,05) и с относительным Лф – r=0,45 (p<0,05). У больных сепсисом ни один из изученных мар-

керов не имел достоверных различий в средних величинах между подгруппами выживших и умерших, исключая уровень Пр (6,45±0,66 у умерших, 4,55±0,81 у выживших, p=0,050) и относительное содержания Лф (16,1±1,3 против 10,9±1,3%, p=0,045). Срок смерти больных сепсисом не имел сколь-либо значимой корреляционной связи ни с ТрI (r=-0,05, p>0,05), ни с Д-д (r=-0,21, p>0,05), а вот Пр был связан с ним обратно r=-0,58 (p<0,05) и Лф прямо r=0,66 (p<0,05).

Выводы. Результаты подтверждают свойство Лф как предиктора летального исхода у больных ОИМ (Семиголовский Н.Ю., 1994), и распространяют его на группы больных сепсисом и ТЭЛА. Как показано, такие свойства у ТрI и Д-д сильно преувеличены. Они присутствуют у Пр для больных сепсисом. «Ничего нет более определенного, чем смерть и ничего менее определенного, чем ее срок», – эти слова принадлежат, как ни странно, составителю завещания известного предсказателя М. Нострадамуса. С нашей точки зрения, количество лимфоцитов в процентном отношении в известной степени может указывать на срок предполагаемого летального исхода, отодвинуть которые способна адекватная интенсивная терапия.

СПЕЦИАЛИЗАЦИЯ РЕАНИМАЦИОННЫХ ОТДЕЛЕНИЙ КАК ИНСТРУМЕНТ ПРОГРЕССА ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ КАРДИОЛОГИИ

Семиголовский Н.Ю.^{1,2}, Баллюзек М.Ф.^{1,3},
Воронин М.С.³, Семиголовский С.Н.⁴

¹Санкт-Петербургский государственный университет,

²Северо-западный окружной научно-клинический
центр имени Л.Г. Соколова,

³Санкт-Петербургская Клиническая больница
Российской академии наук,

⁴Хирургия Гранд Мед,
Санкт-Петербург

Введение, цель и задачи. В конце 20 века по известным причинам в стране росла сердечно-сосудистая заболеваемость (ССЗ) и частота ишемической болезни сердца (ИБС). Наиболее высоким показателем заболеваемости ИБС в нашей стране в первые годы 21 века был в Северо-Западном регионе, вдвое превышая этот показатель по РФ. Поэтому не удивительно, что здравоохранению нашего города требовалось нарастить оказание высокотехнологической медицинской помощи (ВМП) жителям в направлении лечения ИБС. С 1994 года с объема-

ми ВМП в рассматриваемом стационаре справлялось 60-ти коечное отделение кардиологии и 6-ти коечное отделение кардиореанимации (КРО). По городской Программе 1994-1995 гг. с участием американских коллег в клинике было выполнено уже 786 коронарных ангиографий (КАГ), что доказало возможность и безопасность проведения этой методики при остром коронарном синдроме (ОКС) – за 6 лет до включения методики в мировые Стандарты лечения ОКС наряду с выполнением жизнеспасительного чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) таким пациентам. С 2006 г. больнице были предоставлены квоты ВМП на КАГ, ЧКВ и аортокоронарное шунтирование (АКШ). Представляло интерес проанализировать этапы развития кардиологической службы стационара с акцентом на поиск оптимальной структуры ее подразделений и, в частности, отделений реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

Материал и методы. Проанализировано 3 этапа работы кардиологической службы многопрофильного стационара с точки зрения эффективности проведенной реорганизации отделений реанимации и интенсивной терапии кардиологического профиля.

Результаты и обсуждение. За первый 10-летний этап (с 1996 по 2005 гг.) в 6-коечном КРО всего было пролечено 5894 больных, причем на 1646 КАГ пришлось 356 лечебных ЧКВ (21,6%). На втором этапе (2006-2013 гг.) было создано кардиохирургическое отделение с отделением кардиохирургической реанимации (3 койки), палата интенсивной терапии (8 коек) для оказания помощи больным после ЧКВ и увеличено КРО (до 9 коек). Суммарно количество «интенсивных кардиокоек» составило 20. Такая реорганизация сопровождалась 3-х кратным ростом интенсивно пролеченных больных до 14828 (в среднем 1854 в год против 589 на первом этапе), 5-кратным увеличением числа КАГ (в среднем 835 процедур в год против 165 на 1-м этапе) и 10-кратным увеличением рентгенэндоваскулярных вмешательств (3453 против 356) со снижением госпитальной летальности при остром инфаркте миокарда до 3-4%. На 3-м этапе (2014-2019 гг.) было достигнуто плато предельной пропускной способности стационара для кардиологических пациентов, а объемы выполненной ВМП определялись в основном фиксированным количеством квот. В среднем за год пролечивалось интенсивно 2317 пациентов, что на 25% выше ежегодного объема, достигнутого на предыдущем этапе.

Выводы. Таким образом, увеличение доли коек интенсивной терапии и их специализация могут способствовать повышению эффективности и результативности лечения кардиологических боль-

ных, а также резкому увеличению объемов оказания ВМП (КАГ, ЧКВ, АКШ). Рост соотношения интенсивных коек к кардиологическим с 1:10 до 1:4 сопровождался 5-кратным ростом количества КАГ и 10-кратным увеличением числа лечебных интервенционных вмешательств, а также сокращением койко-дня и летальности при остром инфаркте миокарда до общеевропейского уровня.

СТАБИЛЬНОСТЬ ТЯЖЕЛОЙ ГОРМОНОЗАВИСИМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Сергеева Г.Р., Емельянов А.В., Знахуренко А.А.,
Лешенкова Е.В.

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

Цель. Оценить стабильность гормонозависимого фенотипа тяжелой бронхиальной астмы (БА) в ходе проспективного исследования в условиях реальной клинической практики.

Материалы и методы. Обследованы 65 амбулаторных больных (мужчин 32%) гормонозависимой тяжелой бронхиальной астмой (ГЗТБА) в возрасте 23-74 лет (средний возраст 53 года). Срок использования таблетированных глюкокортикоидов составлял от 1 года до 40 лет (в среднем 7,3 года), средняя суточная доза – 10,4 мг (от 5 до 30 мг) в пересчете на преднизолон. Длительность наблюдения за пациентами составила от 1 года до 5 лет (в среднем 3,5 года). Пациенты считались стероиднезависимыми через 6 мес после прекращения регулярного приема СГКС. Исследование функции легких выполняли методом спирометрии (спирограф 2120, Vitalograph, UK).

Результаты. Среди больных с ГЗТБА атопия была выявлена у 68% пациентов, в 40% случаев отмечена аспириновая астма, сочетание с ХОБЛ – в 25% случаев, у 43% больных имелся сопутствующий хронический полипозный риносинусит и у 17% – хронический синусит без полипоза. Активно курили 15% больных, бросили курить 25% пациентов. У 45% пациентов (29 человек) с ГЗТБА поддерживающую дозу таблетированных глюкокортикоидов удалось полностью отменить (в среднем через 2,6±0,48 года) без увеличения частоты обострений заболевания. У 9 больных (31%) это было достигнуто путем увеличения дозы ингаляционных глюкокортикоидов (ИГКС) в составе комбинированной терапии ИГКС/длительно действующие β₂-агонисты (ДДБА), у 8 человек (28%) – при добавлении анти-

холинергического препарата длительного действия (АХДД) к ИГКС/ДДБА, у 1 больного – при одновременном использовании ИГКС/ДДБА, АХДД и антилейкотриеновых препаратов. У 11 пациентов ГЗТБА (38%) СГКС удалось отменить при дополнительном лечении иммунобиологическими препаратами: Омализумаб получал 1 человек, Меполизумаб – 4 человека, Бенрализумаб – 3 человека, Дупилумаб – 3 человека. Снизить дозу СГКС до $7,0 \pm 0,98$ мг в пересчете на преднизолон удалось у 14 человек (22%). Соответственно, у 33% больных ГЗТБА не удалось ни отменить СГКС, ни снизить их суточную дозу. Возможность полной отмены отмены СГКС положительно коррелировала с исходно более высоким предбронходилатиационным ($r=0,27$, $p<0,05$) и постбронходилатиационным ($r=0,29$, $p<0,05$) ОФВ₁. Отрицательная корреляционная связь выявлена с количеством госпитализаций в течение жизни по поводу тяжелых обострений БА ($r=-0,28$, $p<0,05$) и с более высоким исходным значением оксида азота выдыхаемого воздуха ($r=-0,37$, $p<0,05$).

Выводы. В ходе длительного наблюдения в условиях реальной клинической практики гормонозависимый фенотип оказался стабильным у 55% больных тяжелой БА. При использовании современной терапии, включающей ИГКС/ДДБА/ДДХЛ и иммунобиологические препараты, у значительной части пациентов возможно полностью отменить таблетированные ГКС или снизить их дозу. Предиктором отмены этих препаратов являются высокие исходные показатели функции легких.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ГЕПАТИТА В В ГРУППЕ МОЛОДЫХ ВЗРОСЛЫХ, РЕСПУБЛИКА СЕРБИЯ

Серикова Е.Н., Останкова Ю.В.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Пастера,
Санкт-Петербург

Цель. Оценить распространенность серологических маркеров гепатита В в группе молодых взрослых, Республика Сербия.

Материалы и методы. Образцы плазмы крови пациентов с признаками экзантемных заболеваний в возрасте от 15 до 24 лет ($n=85$), любезно предоставленные коллегами из Института вирусологии, вакцин и сывороток «Торлак», Белград, Республика Сербия, протестированы на присутствие серологических маркеров гепатита В (HBsAg, anti-HBsAg

IgG, anti-HBscore IgG) с использованием тест-систем ООО «НПО «Диагностические системы», согласно инструкциям производителя.

Результаты и обсуждение. Исследуемая группа представлена 54% женщин и 45,9% мужчин, средний возраст 19,6 лет. Антитела к HBs класса G выявлены у 71,7% женщин и у 59,0% мужчин, суммарно 65,9% в группе. Anti-HBscore обнаружены у 21,7% женщин и у 10,3% мужчин, суммарно 16,5% в группе. Выявлена 1 пациентка с HBsAg. Антитела к HBs в комбинации с HBscore выявлены в 12,9% случаев, что свидетельствует о том, что организм данных пациентов ранее уже контактировали с вирусом.

Выводы. Полученные данные подтверждают значимость увеличения охвата вакцинацией против вирусов гепатита В, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, а также скрининга беременных женщин с целью контроля вертикальной передачи инфекции с использованием, в том числе методов на основе ПЦР, поскольку в случае HBsAg-негативной формы заболевания у матери сохраняется инфекционность.

АССОЦИАЦИЯ ЭКСПРЕССИИ ЦИТОКИНА НЕСФАТИН-1 С УРОВНЕМ МАРКЕРА ФОРМИРОВАНИЯ КОСТНОГО МАТРИКСА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

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

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

В настоящее время активно изучается роль тканевых цитокинов в патогенезе ревматических заболеваний. Несфатин-1 (НФ-1) является эндогенным пептидом с плейотропной активностью. В последнее время появились работы об участии НФ-1 в остеогенезе. В эксперименте внутривенное введение НФ-1 овариоэктомизированным крысам приводит к увеличению минеральной плотности костной ткани. Есть работы, показывающие ингибирование остеокластогенеза у мышей. Мы предполагаем, что уровень НФ-1 влияет на процессы формирования костного матрикса.

Цель исследования. Определение взаимосвязи уровня НФ-1, минеральной плотности костной ткани, композитного состава тела и маркеров кост-

ного метаболизма у пациентов с ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы. В исследование рандомизированно 110 пациентов с РА по критериям ACR/EULAR, 2010 и 30 человек контрольной группы. Всем проведена остеоденситометрия LUNAR DPX-Pro с определением композитного состава тела (КСТ) и минеральной плотности костной ткани (МПКТ). Уровни НФ-1 и маркеров костного обмена определяли с использованием ELISA-тест.

Результаты. Средняя концентрация НФ-1 у пациентов с РА составила $50,49 \pm 34,05$ нг/мл, что достоверно выше показателей здоровых лиц. Средний уровень НФ-1 в сыворотке крови здоровых лиц - $31,61 \pm 3,17$ нг/мл ($M \pm \sigma$). Уровень референсных показателей НФ-1 у здоровых лиц, определяемый как $M \pm 2\sigma$, составил от 25,27 до 37,95 нг/мл.

По уровню НФ-1 все пациенты с РА были разделены на 2 подгруппы. В 1-ю вошли пациенты ($n=44$) с нормальной концентрацией НФ-1 в сыворотке (менее 37,95 нг/мл), во 2-ю ($n=66$) – с повышенным уровнем НФ-1 (более 37,95 нг/мл). Выявлена статистически значимая корреляция между НФ-1 и N-терминальным пропептидом проколлагена I типа (P1NP) ($r=0,218$, $p=0,022$). Уровень СРБ и скорость оседания эритроцитов положительно коррелировали с показателями НФ-1. Однако, мы не обнаружили ожидаемой взаимосвязи между уровнем НФ-1 и МПКТ; композитным составом тела; а также уровнем С-концевого телопептида коллагена I типа (β -СТх).

Выводы. Таким образом, была выявлена взаимосвязь между несфатином-1 и маркером формирования костного матрикса (P1NP). Это может свидетельствовать о возможном влиянии несфатина-1 на дифференцировку и функцию остеобластов.

ОСТЕОПОРОЗ НА ФОНЕ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ

Сивордова Л.Е., Полякова Ю.В., Папичев Е.В.,
Ахвердян Ю.Р., Заводовский Б.В.
Научно-исследовательский институт
клинической и экспериментальной ревматологии
имени А.Б. Зборовского,
г. Волгоград

Введение. Течение идиопатического анкилозирующего спондилоартрита (ИАС) нередко осложняется нарушением костного обмена и развитием

остеопороза (ОП). Пациенты с ИАС страдают преимущественно от болей в позвоночнике. Сопутствующий остеопороз может усиливать болевой синдром и способствовать прогрессированию основного заболевания. Распространенность остеопороза при ИАС мало изучена, а механизмы его развития до сих пор до конца не выяснены. Предполагается что, важную роль в патогенезе ОП при этом заболевании может играть тяжесть заболевания, возраст пациента, хроническое аутоиммунное воспаление, применение глюкокортикостероидов и других противовоспалительных препаратов. В то же время, очевидно, что ИАС приводит к снижению физической активности больных и инвалидизации. Это позволяет рассматривать функциональную недостаточность как один из основных факторов риска развития этого осложнения. В связи с этим изучение нарушений костного метаболизма при анкилозирующем спондилоартрите чрезвычайно актуально.

Целью. Нашей работы было изучить распространенность ОП при ИАС, исследовать клинико-лабораторные характеристики костного метаболизма и возможности коррекции их нарушений.

Материалы и методы. В ходе работы обследовано 168 больных ИАС методом двухэнергетической остеоденситометрии с помощью аппарата Lunar DPX Pro (GE, США).

Результаты. У 80 пациентов (47,62%) было выявлено снижение минеральной плотности костной ткани (МПКТ). Они чаще предъявляли жалобы на боли в костях, уменьшение мышечной силы по сравнению с пациентами с нормальной МПКТ. У больных с ОП были повышены маркеры костной резорбции: cross-laps, кислая фосфатаза, кальций мочи. Показатели костного формирования: остеокальцин, общая щелочная фосфатаза были в пределах нормы. Кроме того, ОП при ИАС преимущественно встречался у пациентов с низким индексом массы тела.

Заключение. Остеопороз является частым осложнением идиопатического анкилозирующего спондилоартрита, его признаки выявлены у 48% больных. Это осложнение чаще развивается у пациентов, имеющих большую активность, длительность заболевания более 5 лет, получающих глюкокортикостероиды и имеющих низкий индекс массы тела. Клинически остеопороз при ИАС проявляется болями в костях и позвоночнике, снижением мышечной силы, переломами трубчатых костей и позвоночника. Изучение маркеров костного ремоделирования выявило увеличение маркеров костной резорбции, при этом маркеры костного формирования остаются в пределах нормы. Внутривенное введение Золедроновой кислоты в дозе 5 мг один раз в год достоверно увеличивает минеральную плотность костной ткани, снижает изначально повышенные маркеры костной резорбции, уменьшает боли в костях.

ОСТРАЯ МОТОРНАЯ АКСОНАЛЬНАЯ НЕВРОПАТИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Сигитова Е.В., Статинова Е.А., Савинкова Я.В.
Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького,
г. Донецк, ДНР

Актуальность исследования. Острая моторная аксональная невропатия (ОМАН) – субвариант синдрома Гийена-Барре (СГБ), который в Европе встречается у 5% пациентов с СГБ. Основным звеном патогенеза ОМАН считаются инфекции, вызванные *Campylobacter jejuni* и *Legionella pneumoniae*, и индуцированный ими аутоиммунный ответ. У большинства пациентов развитию первых симптомов ОМАН предшествовали гастроэнтериты и инфекции верхних дыхательных путей. За период пандемии COVID-19 описаны симптомы поражения нервной системы, включающие энцефалопатию, гипосмию, гипогевзию и СГБ. Для ОМАН характерно более быстрое нарастание неврологических симптомов, чем для «классического» СГБ и максимальный пик проявлений на 6–12-й день, хотя описаны случаи с манифестацией симптомов на 2-й день заболевания. В клинической картине ОМАН преобладают моторные нарушения, в то время как чувствительные расстройства менее выражены или отсутствуют. Антитела к ганглиозидам GM1 обнаруживаются у 40-50% больных с ОМАН. Электрофизиологические критерии включают признаки аксонального поражения моторных волокон периферических нервов в виде снижения амплитуд М-ответов и отсутствия признаков вовлечения сенсорных волокон. Для ОМАН характерны ЭНМГ-критерии демиелинизации, которые типичны для «классического» варианта СГБ.

Описание клинического случая. Пациентка А., 48 лет поступила в неврологическое отделение Донецкого областного клинического территориального объединения (ДОКТМО) с жалобами на слабость в нижних конечностях, после лечения в инфекционном отделении по месту жительства с диагнозом: «Коронавирусная инфекция COVID-19, тяжелое течение, лабораторно-подтвержденный Rapid test Abbott Panbio TM Covid-19 AG №35 от 11.10.21 г. Осложнение: Вирусно-бактериальная двусторонняя полисегментарная пневмония. Легочная недостаточность 2-3 ст.». На момент поступления в ДОКТМО состояние стабильное, компенсированное по витальным функциям. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые. АД 110-120/60-70 мм рт. ст., ЧСС 70 в 1 мин. Температура тела нормальная. Дыхание самостоятельное. Живот доступен глубокой пальпации. Стул, диурез в норме.

Из анамнеза: считает себя больной с 16.09.2021 г., когда появилась головная боль, выраженная общая слабость, одышка при физ. нагрузке, повышение температуры тела до 38 град. В течение недели состояние ухудшилось, выросла одышка. В неврологическом статусе: сознание ясное, ориентирована в месте, времени, собственной личности верно. Астенизирована. Менингеальных знаков нет. Глазные щели D<S, зрачки D=S. Нистагма, диплопии нет. Слабость конвергенции с 2-х сторон. Асимметрия носогубных складок. Фонация, глотание не нарушено. Мышечная сила снижена в ногах, больше в проксимальных отделах до 3-х баллов. Мышечный тонус снижен. Сухожильные рефлексы с рук снижены, S>D. Коленные, ахилловы рефлексы отсутствуют. Патологических стопных знаков нет. Четких расстройств чувствительности не показывает. Мышечно-суставное чувство сохранено. В позе Ромберга пошатывание без четкой сторонности. ППН выполняет удовлетворительно. МРТ головного мозга: изменения сосудистого генеза (последствия перенесенных малых инфарктов). Умеренное расширение желудочковой системы и подболобочечных пространств. Синусит. МР-признаки извитости хода ЛВСА; МРТ грудного отдела позвоночника: нарушение статики в виде умеренно правосторонней сколиотической деформации оси позвоночника. Остеохондроз грудного отдела позвоночника. Спондилез. Спондилоартроз. Изменения в легких поствоспалительного генеза. ЭНМГ: выявлено значительное снижение амплитуд и умеренное увеличение латентностей моторных ответов с n. medianus, ulnaris, peroneus, tibialis, на фоне умеренного снижения скорости проведения и нормальных амплитуд сенсорных ответов (критерии демиелинизации отсутствовали). Люмбальная пункция: ликвор без особенностей; проведена диагностическое исследование ликвора на выявление IgG (Мозаика «Центральная нервная система», 20 инфекций) – без изменений. Назначено внутривенное введение метилпреднизолона в дозе 1 г/сутки в течение 5-ти дней. Через 6 сут. отмечалась положительная динамика – в ногах мышечная сила восстановилась до 4-х баллов; сухожильные рефлексы в ногах средней живости (ранее отмечалось угнетение) – S>D. Общая тяжесть двигательного дефицита по североамериканской шкале соответствовала III степени.

Выводы. Данный клинический случай иллюстрирует один из вариантов моторной невропатии. Клиническая картина в виде быстрого нарастания симптоматики, поражение дистальных отделов конечностей, снижение амплитуд М-ответов (по данным ЭНМГ), а также эффективность лечения пульс-терапией глюкокортикостероидами позволили выставить диагноз моторно-аксональной невропатии в дистальных отделах нижних конечностей в результате новой коронавирусной инфекции, осложненной легочной дисфункцией.

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Сидоренко Ю.В., Иванова Л.Н., Пустовой Ю.Г.,
Балабаева Н.В.

Луганский государственный медицинский
университет имени Святителя Луки,
г. Луганск, ЛНР

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – важная медико-социальная проблема мира. Коморбидные и фоновые заболевания существенно влияют не только на проявления ХОБЛ у пациента, но и вообще на все сферы его жизнедеятельности, а значит ухудшают качество жизни, которое в общей популяции больных ХОБЛ остается низкой.

Цель исследования. Изучение особенностей клинических и функциональных показателей больных ХОБЛ на фоне туберкулеза легких (ТЛ) в сочетании с сахарным диабетом 2 типа (СД) и без него (вторая группа). Материалы и методы. Было обследовано 97 больных ХОБЛ на фоне ТЛ, из которых 58 страдали СД 2 типа (первая группа) и 35 практически здоровых лиц. Всем больным проводилось общеклиническое обследование, спирометрия и 6-ти минутный тест с ходьбой.

Результаты и обсуждение. При общеклиническом обследовании основной жалобой у больных обеих групп была одышка. По mMRC шкале у пациентов первой группы уровень одышки составлял 3,0 (2,0; 3,0) баллов, у больных второй – 2,0 (2,0; 2,0) группы соответственно. При оценке выраженности симптомов ХОБЛ, было установлено, что суммарный балл по опроснику ТОХ-теста у больных первой группы составлял 30,0 (28,0; 31,5) баллов, а у второй группы – 16,0 (14,0; 18,3) баллов. Таким образом, у больных ХОБЛ на фоне туберкулеза заболевание оказывало «умеренное» влияние на самочувствие и повседневную жизнь, а у пульмонологических больных в сочетании с СД 2 типа – «значительное» влияние. При оценке спирометрических показателей у больных ХОБЛ на фоне ТЛ было обнаружено снижение изучаемых показателей по сравнению с группой практически здоровых лиц. Так, у больных первой группы ОФВ1 был в 1,4 раза, ОФВ1/ФЖЕЛ в 1,3 раза, а у больных второй группы – ОФВ1 в 1,3 раза, ОФВ1/ФЖЕЛ в 1,2 раза ниже ($p < 0,001$) по сравнению с соответ-

ствующими показателями у практически здоровых лиц. У больных первой группы ОФВ1 и ОФВ1/ФЖЕЛ были в 1,1 раза ниже ($p < 0,01$) по сравнению с больными второй группы. Следовательно, больные ХОБЛ на фоне ТЛ обеих групп имели нарушение функции внешнего дыхания (за счет снижения ОФВ1, ОФВ1/ФЖЕЛ) по сравнению с практически здоровыми лицами. Однако у больных первой группы нарушения функции наружного дыхания были более существенными по сравнению с больными второй группы. При оценке 6-ти минутного теста, у больных ХОБЛ на фоне ТЛ как первой, так и второй группы выявили существенное уменьшение пройденного расстояния в метрах по сравнению с практически здоровыми лицами (318,7±29,8 м против 583,6±37,9 м) и (379,6±31,0 м против 583,6±37,9 м) соответственно, что свидетельствует о низком уровне толерантности к физической нагрузке у этих пациентов. Больные первой группы прошли в среднем на 60,9 м меньше, чем пациенты второй группы (318,7±29,8 м против 379,6±31,0 м). Таким образом, СД 2 типа оказывает непосредственное влияние на толерантность к физической нагрузке, что может быть связано с более выраженными вентилиационными нарушениями и наличием сопутствующей кардиоваскулярной патологии.

Выводы. Наличие достоверной разницы между клинико-функциональными показателями больных первой и второй группы доказывает важность оценки клинических симптомов, спирометрических показателей, состояния толерантности к физическим нагрузкам, для разработки мер первичной и вторичной профилактики будущих рисков обострений ХОБЛ в сочетании с СД 2 типа на фоне ТЛ.

COVID АССОЦИИРОВАННАЯ ЭНДОТЕЛИОПАТИЯ – ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ

Симутис И.С.¹, Бояринов Г.А.², Сапегин А.А.¹,
Коваленко А.Л.³

¹Северо-Западный окружной научно-клинический
центр имени Л.Г. Соколова,
Санкт-Петербург,

²Приволжский исследовательский
медицинский университет,
г. Нижний Новгород,

³Научно-клинический центр токсикологии
имени академика С.Н. Голикова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить эффективность препарата Реамберин, содержащего сукци-

нат, в коррекции COVID-19-ассоциированных нарушений коагуляции.

Материалы и методы. Проведено проспективное когортное исследование с участием 52 пациентов, получивших лечение в условиях ОРИТ с диагнозом: новая коронавирусная инфекция COVID-19, осложненная внебольничной двухсторонней полисегментарной интерстициальной пневмонией. Все пациенты получали профилактическую антикоагулянтную терапию нефракционированным гепарином. 37 пациентов получали в составе терапии сукцинатсодержащий препарат Реамберин в суточной дозе 5 мл/кг в течение всего срока нахождения в ОРИТ. Остальные пациенты составили группу сравнения. В артериальной и венозной крови пациентов измерялись показатели коагулограммы, эндотелиоцитоза, гомоцистеина, КОС, СВР на этапах: 1) при поступлении в ОРИТ; а также на 2-7-е сутки интенсивной терапии. Статистический анализ проводился при помощи MANOVA в режиме общей линейной модели с повторными измерениями.

Результаты и их обсуждение. Выявлено положительное влияние исследуемого препарата на быстроту коррекции коагулопатии и эндотелиопатии на фоне проводимой антикоагулянтной терапии. Критериями эффективности служили снижение исходно выраженного эндотелиоцитоза, гипергомоцистеинемии, прирост АЧТВ, снижение концентрации D-димера, коррекция гиперфибриногенемии, нормализация уровня тромбоцитов. Отмечалось достоверное снижение частоты тромбоэмболических событий в течение 28 суток лечения, а также сокращение сроков лечения в ОРИТ, снижение летальности. В качестве возможного объяснения полученных результатов предполагается, что антигипоксический эффект препарата Реамберин снижает выраженность легочного и системного эндотелиита, характерного для тяжелых форм COVID-19.

Выводы. Многообещающие результаты в профилактике и терапии коагулопатий ассоциированных с COVID-19 поражением легких внушают осторожный оптимизм. Применение терапии Реамберином достоверно снизило риски развития тромбоэмболических событий у пациентов в течение 28 суток лечения, а также привело к снижению длительности пребывания пациентов в ОРИТ. Учитывая данные наших наблюдений, при тяжелом и среднетяжелом течении антигипоксическая терапия должна быть начата как можно раньше, возможно на догоспитальном этапе, при транспортировке пациента.

ПОДАГРИЧЕСКИЙ ИЛИ РЕАКТИВНЫЙ АРТРИТ: ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Сиротко О.В., Сиротко В.В.
Витебский государственный
медицинский университет,
г. Витебск, Республика Беларусь

Введение. Воспаление I плюсне-фалангового сустава с наличием выраженного суставного синдрома требует проведения дифференциальной диагностики обострения подагрического и реактивного артритов. Сложности диагностики подагрического артрита заключаются в отсутствии повышения уровня мочевой кислоты в крови в острый период, инвазивности процедуры забора синовиальной жидкости и малое распространение поляризованной микроскопии в учреждениях здравоохранения. Наиболее общедоступным, малозатратным методом диагностики является ультразвуковое исследование (УЗИ) суставов.

Цель работы. Изучение особенностей ультразвуковой дифференциальной диагностики обострения подагрического артрита и острого реактивного артрита.

Материалы и методы. Нами были обследованы 20 пациентов с обострением ПА, 36 пациентов с острым течением РеА. Все пациенты с ПА – 20 человек были мужчины (100%); медиана возраста которых составила 46 лет (33-56), а медиана длительности течения ПА – 1,4 года (0,55-2,1). Диагноз ПА устанавливался в соответствии диагностическими критериями. В группе пациентов с острым РеА женщины составили 16 человек (46,4%), а мужчины – 20 человек (53,6%). Медиана возраста пациентов с РеА составила 34 года (31-42). Медиана длительности течения РеА составила 0,7 год (0,3-0,95). Активность I степени была определена у 8 (22,3%) человек, II – у 10 (27,7%), III – у 18 (50%). Пациенты с РеА отвечали предварительным Международным критериям (4th International Workshop on Reactive Arthritis, Berlin 1999).

Всем пациентам проводилось мультиплоскостное динамическое исследование I плюсне-фалангового сустава в продольной и поперечной плоскости ультразвуковым аппаратом экспертного класса «Voluson 730 GE-Expert» с использованием датчика с частотой 12 МГц с Допплером.

Результаты и обсуждение. У пациентов с обострением ПА были выявлены следующие ультра-

звуковые признаки: умеренный синовит (96,6%, 95% ДИ: 96,5-96,7%), отсутствие гиперваскуляризации в проекции синовия; четкая гиперэхогенная линейная тень параллельно суставной поверхности кости (99%, 95% ДИ: 99,1-98,9%), отек периартикулярных мягких тканей (58,4%, 95% ДИ: 88,1-88,6%); положительная «болевая проба» над всей поверхностью сустава под контролем УЗИ.

У пациентов с острым течением РеА были визуализированы следующие ультразвуковые особенности поражений суставов: энтезит (94%, 95% ДИ: 94,2-95,3%); эрозии воспаления (77,5%, 95% ДИ: 77-77,9%) под пораженным энтезом без гиперваскуляризации синовия; выраженный синовит (52,9%, 95% ДИ: 52,4-52,3%); параэнтезиальный отек мягких тканей (59,5%, 95% ДИ: 59,4-60%); параэнтезиальный выпот (36,7%, 95% ДИ: 36,2-37,1%); положительная «болевая проба» при пальпации пораженных энтезов в 94% случаев под контролем УЗИ.

Выводы. Для обострения подагрического артрита характерны следующие ультразвуковые признаки: двойной контур параллельно суставной поверхности кости; умеренный синовит; отсутствие гиперваскуляризации в проекции синовия; периартикулярный отек/выпот; положительная «болевая проба» над всей поверхностью сустава под контролем УЗИ.

Для острого течения реактивного артрита характерны следующие ультразвуковые признаки: энтезит; эрозии воспаления под пораженным энтезом; отсутствие гиперваскуляризации в проекции синовия; выраженный синовит; параэнтезиальный отек / выпот; положительная «болевая проба» в проекции пораженных энтезов под контролем УЗИ.

ОСОБЕННОСТИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА

Сиротко О.В., Сиротко В.В.

Витебский государственный
медицинский университет,
г. Витебск, Республика Беларусь

Введение. Инструментальная диагностика реактивного артрита (РеА) в повседневной рутинной практике врача имеет определенные сложности, особенно, если речь идет о заболевании на ранней стадии. Наиболее доступным и распространенным инструментальным методом для исследования суставов является рентгенография. Существуют данные о том, что изменения, которые обнаруживаются при рентгенографии пораженных суставов при РеА,

не являются специфическими и могут выявляться при ряде других заболеваний суставов.

Цель работы. Изучение инструментальных особенностей поражений суставов у пациентов с реактивным артритом с применением МРТ и УЗИ суставов.

Материалы и методы. В исследование было включено 2 группы пациентов. Первая группа – 56 пациентов с РеА (30 (55,6%) пациентов с острым РеА и 26 (44,4%) пациентов с хроническим РеА), вторая контрольная группа (КГ) из 30 лиц. В первой группе женщины составили 26 человек (46,4%), мужчины – 30 человек (53,6%). Медиана возраста пациентов – 34 года (31-42). Медиана длительности течения РеА – 1 год (0,3-3,25). Все пациенты с РеА имели подтвержденную урогенитальную хламидийную инфекцию. Среди 2 группы было 15 мужчин (50%) и 15 женщин (50%). Медиана возраста составила 38,5 лет (33-48). Всем пациентам выполнялось комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование, включая МРТ и УЗИ суставов. В исследовании использовали стандартный пакет SPSS 6.0 for Windows.

Результаты исследования. При выполнении МРТ пораженных суставов четко визуализировались пораженные энтезы, наличие под ними локального остеоита и эрозивного дефекта замыкательной пластины кости. Поражение энтезов встречалось в виде следующих структурных изменений: утолщение, разволокнение, появления участков пониженной и повышенной плотности, микроразрывы (дефекты) волокон. В ходе проведения УЗИ суставов у пациентов с РеА визуализировались воспалительно-деструктивные эрозии с остеоитом и локальным остеолизом замыкательной пластины кости в местах инсерции пораженного энтеза, а энтезит визуализировался как отечная, неоднородная ткань более 1,5 мм толщиной и встречался во всех пораженных суставах (100%). У пациентов в острой стадии заболевания воспаленный энтез имел пониженную эхогенность за счет острого воспаления с анэхогенными участками - микронадрывы. У пациентов с хронической стадией артрита в проекции энтеза выявлялись кальцинаты (энтезофиты). Энтез при хроническом РеА имеет меньшую толщину, чем при остром РеА. Суставная поверхность костей в местах фиксации синовия была с четким гиперэхогенным, ровным контуром, а синовиальная оболочка без очагового утолщения и признаков неангиогенеза. Также у пациентов с РеА выявлялась гипозхогенность, неоднородность, увеличение объема параэнтезиальных мягких тканей в виде параэнтезиального отека и теносиновита; присутствие выраженной расширенной гипо- или анэхогенной зоны в полости сустава – выраженный синовит; параэнтезиальный выпот.

При сопоставлении результатов Rg, МРТ и УЗИ суставов была определена чувствительность, специфичность, доля истинных результатов Rg и УЗИ в диагностике эрозивных поражений суставов при РеА относительно «золотого стандарта» (МРТ) методом 4-ех полевой таблицы Флетчера. Чувствительность УЗИ в диагностике эрозивных поражений составила 93%, а при Rg - 42%; специфичность УЗИ в диагностике эрозивных поражений – 91%, а при Rg – 90%. Доля истинных результатов при УЗИ суставов составила 91,5%, а при Rg – 57%.

Выводы. Ультразвуковая диагностика РеА по информативности не уступает МРТ и превосходит стандартную рентгенографию. Основной ультразвуковой признак РеА - энтезит с локальным остеоитом (100%). Эрозивное поражение у пациентов с РеА при УЗИ суставов характеризуется формированием истинной эрозии воспаления без патологической васкуляризации в проекции синовия. Дополнительными ультразвуковыми признаками РеА являются: выраженный синовит, параэнтезиальный отек мягких тканей, параэнтезиальный выпот, теносиновит.

ПОРТАТИВНАЯ НЕИНВАЗИВНАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ SARS-COV-2

Скворцова Р.Д., Рябых А.А., Станевич О.В.
Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет
имени академика И.П. Павлова,
Санкт-Петербург

Цель. Оценить эффективность применения портативной неинвазивной вентиляции легких (пНИВЛ) в лечении пациентов с острой дыхательной недостаточностью (ОДН) на фоне вирусной пневмонии, ассоциированной с новой коронавирусной инфекцией (НКИ), в условиях отделения респираторной терапии.

Материалы и методы. В период с декабря 2020 г. по март 2021 г. на базе центра для лечения пациентов с НКИ Первого СПбГМУ имени академика И.П.Павлова было организовано инфекционное отделение респираторной терапии, где пациенты получали

помощь методом пНИВЛ. Всего мы оценили показатели 127 пациентов с ОДН, находившихся исходно в условиях инфекционных отделений. Основным критерием включения пациентов в исследование было снижение сатурации меньше 92% на максимальном потоке кислородотерапии (около 20 л/мин). Пациенты были разделены на 2 группы: в основную группу были включены пациенты, которым подключили портативную НИВЛ в условиях отделения респираторной терапии, в контрольную – пациенты, получавшие помощь другими методами респираторной поддержки на других отделениях. Главным критерием оценки эффективности лечения была доля выживших и умерших пациентов. Для респираторной терапии использовались приборы фирмы Lowenstein серии Prisma. Статистическая обработка данных была выполнена в программе R-statistics.

Результаты. После сопоставления данных по возрасту, полу, ИМТ и лабораторным показателям (Д-димер, лимфоциты, гемоглобин, ферритин, ЛДГ, СРБ), получаемым ингибиторам ИЛ-6 и циклин-зависимых киназ, дальнейший анализ был произведен у 71 человека (основная группа n=36, контрольная группа n=35 человек). Из основной группы регистрируется выздоровление у 31 пациента (86%) и летальный исход у 5 (14%) пациентов, при этом у пациентов контрольной группы такой динамики не наблюдается – летальный исход имели 20 (57%) пациентов, и всего 15 (43%) пациентов были выписаны с выздоровлением (p<0,001).

Выводы. Накопленный опыт во время пандемии по применению портативной неинвазивной вентиляции легких для респираторной поддержки у пациентов с ОДН показал свою эффективность. Применение пНИВЛ возможно вне отделения интенсивной терапии, является более простым и комфортным, снижает риск развития прямых повреждений дыхательных путей и присоединение нозокомиальных инфекций. Таким образом, использование пНИВЛ в качестве начального метода респираторной терапии у пациентов с COVID-19 позволяет избежать перевода в отделение интенсивной терапии и интубации легких, снизив риск осложнений и летальность.

ОСТЕОПОРОЗ И КОМОРБИДНОСТЬ: СВЯЗЬ МЕЖДУ КОСТНОЙ ТКАНЬЮ И СОСУДИСТОЙ СТЕНКОЙ

Скрипникова И.А.

Национальный медицинский исследовательский
центр терапии и профилактической медицины,
Москва

Цель исследования. Изучить ассоциации между минеральной плотностью кости (МПК) с параме-

трами субклинического атеросклероза (АС), кальцификацией коронарных артерий (КА) и ригидностью периферических сосудов.

Материалы и методы. Одномоментно обследованы 357 женщин от 45 до 82 лет, наблюдавшихся амбулаторно и подписавших информированное согласие. В исследование не включались пациентки с любыми клиническими проявлениями атеросклероза, заболеваниями вызывающими вторичный остеопороз, злокачественными заболеваниями, принимающие препараты влияющие на костный обмен. МПК позвоночника, шейки бедра (ШБ) и проксимального отдела бедра (ПОБ) измерялась с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (Delphi W, Hologic, USA). Толщина комплекса интима-медиа (КИМ), наличие и количество атеросклеротических бляшек (АБ) исследовались с помощью дуплексного сканирования. Оценка скорости распространения пульсовой волны (СРПВ), индекса аугментации (ИА) проводилась методом аппланационной тонометрии. Наличие депозитов кальция в коронарных сосудах определялось методом мультиспиральной компьютерной томографии с использованием кальциевого индекса (КИ) Агатстона.

Результаты и обсуждение. Риск снижения костной массы и развития остеопороза достоверно возрастал в 3 раза при высоких значениях СРПВ ≥ 10 см, в 4 раза при ИА $\geq 20\%$, толщине КИМ > 9 мм и в 2,45 раза при наличии АБ в сонных артериях и в 5 раз при КИ > 60 у.е. Наиболее сильная позитивная связь была отмечена между МПК во всех исследованных отделах скелета и КИ. Отмечена отрицательная корреляционная связь между маркером костной резорбции СТх и СРПВ, наличием АБ и КИ. Примечательно, что повышенные параметры субклинического атеросклероза часто выявлялись уже в раннем постменопаузальном периоде (до 5 лет после менопаузы). По данным многомерного линейного регрессионного анализа (с поправкой на возраст, длительность менопаузы, низкую массу тела, фактор курения и общий холестерин) был подтвержден независимый характер связи между индексом Агатстона, ИА и МПК во всех измеренных отделах скелета, а также между толщиной КИМ и МПК ШБ.

Выводы. У женщин после наступления менопаузы низкая костная масса ассоциируется с повышенной артериальной жесткостью, характеризующейся ИА, утолщением КИМ и нарастанием кальцификации коронарных артерий. Для того, чтобы оценить прогностическую роль параметров сосудистой стенки в снижении костной массы необходимы проспективные исследования.

РОЛЬ КАПНОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ОПЕРИРОВАННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Смирнова В.В., Овсянников Е.С.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Цель. Определить значение капнометрии в прогнозировании респираторных нарушений у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и вентральными грыжами в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Обследованы 124 больных ХОБЛ 1-2 ст. с послеоперационными вентральными грыжами. Перед герниопластикой проводили капнометрию с определением доли функционального мертвого пространства в альвеолярной вентиляции (ДФМПАВ) до и через 20 минут после вправления грыжевого мешка с его фиксацией.

Результаты и обсуждение. У 93 больных (группа 1) ДФМПАВ существенно не изменилась, либо значения показателя оставались в пределах нормы (35%), и составили в среднем $24,2 \pm 6,1\%$ до и $28,4 \pm 3,7\%$ при проведении пробы ($p > 0,05$). У 31 пациента (группа 2) имело место значительное увеличение исследуемого показателя выше нормы: в среднем $24,4 \pm 3,1\%$ до и $39,2 \pm 1,5\%$ при проведении пробы ($p < 0,05$). У этих пациентов прогнозировался высокий риск нарушений со стороны дыхательной системы. Группы были рандомизированы в две подгруппы: подгруппу А составили пациенты, оперируемые с учетом риска респираторных нарушений, подгруппу Б – без учета риска. Учет риска заключался в выборе безопасного способа герниопластики. У всех больных в раннем послеоперационном периоде исследовали сатурацию кислорода, длительность госпитализации. В подгруппах 1А и 1Б оцениваемые показатели достоверно не отличались. У пациентов в подгруппе 2А сатурация кислорода была достоверно выше, чем в подгруппе 2Б ($98 \pm 1,1\%$ и $94 \pm 2,3$, соответственно, $p < 0,05$), а продолжительность госпитализации – меньше ($8 \pm 1,3$ и $14,2 \pm 2,5$ дней, соответственно, $p < 0,05$). Таким образом, у больных ХОБЛ и оперированными вентральными грыжами капнометрия позволяет на дооперационном этапе прогнозировать возможные нарушения со стороны респираторной системы в раннем послеоперационном периоде.

ДОЛГОСРОЧНЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПРЕДИАБЕТА И АТЕРОСКЛЕРОЗА У МУЖЧИН С РАЗЛИЧНЫМИ МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ ТИПАМИ ОЖИРЕНИЯ

Соколов Д.А.¹, Сердюков Д.Ю.^{1,2}

¹Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,

²Медико-социальный институт,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Определить частоту развития предиабета, атеросклероза в зависимости от метаболического типа ожирения у мужчин молодого возраста после 3-4 летнего периода курации.

Материалы и методы. Были обследованы 93 мужчины в возрасте от 30 до 45 лет, которые проходили стационарное лечение в клинике госпитальной терапии. Пациенты проходили обследование первично и спустя 3-4 летний период повторно. Были изучены данные антропометрического профиля, данные липидного и углеводного обмена, были проанализированы ряд параметров сердечно-сосудистой системы в динамике. Проанализирована частота новых случаев метаболического синдрома (МС), предиабета, субклинического атеросклероза. Были сформированы 4 группы: 25 мужчин с МС, 20 мужчин с метаболически здоровым ожирением (МЗО), 20 мужчин с метаболически нейтральным ожирением (МНО) и 28 человек без ожирения (контроль). Группы были сравнимы по возрасту (39-42 года) и индексу массы тела для пациентов с ожирением (30,1-31,9 кг/м²).

Результаты. Первично дислипидемия (ДЛП) была выявлена у 80% пациентов с МС, 30% с МЗО и 32% мужчин в контроле, за исключением группы МНО ($\chi^2=25$; $p<0,001$). Нарушенная гликемия натощак и нарушенная толерантность к глюкозе, определяющие наличие предиабета, были диагностированы у 32% пациентов с МС, 15% с МЗО и у 14% группы контроля ($p>0,05$). При повторном обследовании на фоне проводимых лечебно-профилактических мероприятий отмечался прирост частоты ДЛП у пациентов групп контроля (50%) и МНО (30%) ($p=0,01$) при стабильных показателях в группах МС и МЗО ($\chi^2=10,4$; $p=0,033$). В отношении предиабета произошло его увеличение на фоне МС (48%), МЗО (35%) при прежних показателях в группе контроля (18%) и отсутствии при МНО.

Признаки атеросклероза сонных артерий были более характерны для мужчин с МС (28%), МЗО – 15%, МНО – 20%, контроль – 14% ($p>0,05$). В динамике наименьшее прогрессирование этих

атеросклеротических изменений было определено в группе МНО (25%); наибольшее – для пациентов МС (68%), МЗО (35%), и контроля (29%) изменений ($\chi^2=11$; $p=0,005$).

При первичном обследовании у 27% пациентов выборки (25 мужчин) был диагностирован МС, что позволило сформировать соответствующую группу. За период курации и проведенного немедикаментозного и медикаментозного лечения общее количество мужчин с МС увеличилось до 34 (36% от общей выборки), при этом большая их часть первично уже имела инсулинорезистентность (18 человек), у 16 (8 – МЗО, по 4 – контроль и МНО) человек эти нарушения возникли в динамике.

Таким образом, в изученной выборке пациентов после периода активного наблюдения было определено увеличение частоты выявления МС в 1,4 раза, предиабета в 1,6 раза, начального атеросклероза – в 2 раза. Указанные негативные изменения были характерны для мужчин с первично диагностированным МС и МЗО. Меньшая частота указанных неблагоприятных явлений была в группах контроля и при метаболически нейтральном типе ожирения.

Выводы. Метаболически нейтральный тип ожирения характеризуется минимальной частотой нарушений липидного и углеводного обмена, а также изменений со стороны системы кровообращения.

Риск 3-летнего развития новых случаев предиабета и начального атеросклероза максимален у пациентов с ранее диагностированной инсулинорезистентностью и метаболически здоровым типом ожирения, минимален – при нормальной массе тела и ожирении метаболически нейтрального типа.

ДИНАМИКА ЦИТОКИНОВ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

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

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

²Волгоградский государственный
медицинский университет,
г. Волгоград

Цель исследования. Оценить динамику основных провоспалительных и противовоспалительных интерлейкинов у больных ревматоидным артритом (РА) на фоне базисной терапии метотрексатом

(MT) в комбинации с ингибитором фактора некроза опухолей α (иФНО- α) в качестве генно-инженерного биологического препарата.

Материалы и методы. Под наблюдением в течение 30 недель находилось 18 больных с РА. Среди обследованных были женщины возраста $46 \pm 8,4$ лет с длительностью заболевания $13,2 \pm 5,3$ лет. Серопозитивный РА выявлялся у 83,3%, АЦПП-позитивный – у 66,8%. Рентгенологическая стадия II встречалась у 16,6%, III – 33,4%, IV – 50%. 66,8% обследованных имели внесуставные проявления в виде анемии легкой степени. Степень активности с учетом DAS28-CRP(4) была высокой (>5.1). Все пациенты получали MT в дозе 12,5-20 мг в неделю на протяжении более 6 месяцев. В качестве иФНО- α назначался инфликсимаб (ИФ) из расчета 3 мг/кг по стандартной схеме. Часть больных (50%) принимала глюкокортикостероиды в дозе до 10 мг преднизолона в день длительностью более 2-х лет. Обследование пациентов включало изучение клинических параметров, определение уровней таких цитокинов, как ФНО- α , интерлейкин 6 (ИЛ-6), интерлейкин 10 (ИЛ-10) до назначения ИФ (0 неделя) и на 30-й неделе комбинированного лечения. Лабораторное определение концентраций цитокинов осуществляли с использованием наборов реагентов АО «Вектор-бест» для иммуноферментного анализа в сыворотке крови человека. Активность заболевания оценивалась с помощью индекса DAS28-CRP(4), качество жизни – по опроснику HAQ.

Результаты и обсуждение. К 30-й неделе инфузий ИФ отмечалась выраженная положительная динамика клинических (уменьшение длительности утренней скованности, числа болезненных и припухших суставов) и лабораторных проявлений (в среднем, снижение СОЭ с 37 до 10 мм/ч, С-реактивного белка с 20.8 до 5.2 мг/л), что коррелировало с тенденцией улучшения показателей качества жизни по HAQ (с 1.47 до 1.2). Также было зарегистрировано уменьшение ревматоидного фактора с 45295 МЕ/л до 9920 МЕ/л. Отмечалось снижение средних значений индекса DAS28-CRP(4) с 5.63 до 3.58. К 30-й неделе уменьшались средние концентрации провоспалительных цитокинов: ФНО- α на 31%, ИЛ-6 на 93,4%. Была выявлена положительная корреляционная взаимосвязь этих цитокинов с показателями DAS28-CRP(4) и HAQ. При изучении корреляционной связи между уровнем ИЛ-10 в сыворотке крови и маркерами воспаления установлены слабые отрицательные связи между повышением ИЛ-10 и показателем DAS28-CRP(4) и его отдельными компонентами: числом припухших суставов, числом болезненных суставов, СОЭ, СРБ. Была выявлена тенденция к снижению ИЛ-10 к 30-й неделе лечения

(что обусловлено, по-видимому, формированием системной иммуносупрессии).

Выводы. В ходе исследования к 30-й неделе лечения комбинированной терапией ИФ и MT отмечалось улучшение клинико-лабораторных показателей. При снижении активности РА и улучшении показателей качества жизни по HAQ отмечалось уменьшение уровней ФНО- α , ИЛ-6, ИЛ-10. Таким образом, можно считать, что уровни ФНО- α , ИЛ-6 до лечения и в динамике могут быть использованы в качестве иммунологических показателей, позволяющих контролировать ответ на терапию. Информативность отдельного провоспалительного цитокина ИЛ-10 как маркера эффективности проводимой терапии оказалась низкой.

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОРФИРИИ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Стафинова Е.А., Сигитова Е.В., Нечепуренко В.О.
Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького,
г. Донецк, ДНР

Актуальность. Порфирии – группа редких наследственных метаболических заболеваний, в основе которых лежит генетический дефект функциональной активности ферментов, участвующих в биосинтезе гема. Порфирия относится к редким генетически детерминированным заболеваниям с распространенностью в странах Западной Европы до 10 случаев на 100 тыс. населения. Основными неврологическими проявлениями порфирии являются периферические нейропатии, аффективные расстройства, судороги и нарушения сознания. Частота встречаемости данных осложнений 60%, 55%, 20% и 10% соответственно. Таким образом, представляется значимым диагностика порфирий, клиническая картина которых является трудной для дифференциального алгоритма при относительно частой их встречаемости.

Описание клинического случая. Пациентка Э., 35 лет 06.11.2021 г. доставлена в отделение нейрореанимации Донецкого клинического территориального медицинского объединения с жалобами на боль в области живота, общую слабость. В неврологическом статусе на момент поступления: ШКГ-11б. Фотореакция снижена. Сухожильные рефлексы снижены с двух сторон. Объективно: кожные покровы бледные, с желтушным оттенком, субиктеричность склер. АД=120/80 мм рт.ст., пульс-80. Живот вздут, болезненный при пальпации во всех отделах; задерж-

ка мочеиспускания. Из анамнеза: с 11.10.2021 г. пациентка отметила нарастающие боли в животе, лечилась самостоятельно спазмолитиками. С 30.10.21 отмечен субфебрилитет, резкое снижение аппетита, желтушность кожных покровов. 01.11.21 выполнена ЭФГДС: поверхностный гастрит, поверхностный дуоденит. УЗИ органов брюшной полости: эхопризнаки аэробилии. Анализ крови на гепатиты отрицательный. СКТ органов брюшной полости, забрюшинного пространства, таза - признаков неопластического поражения не выявила. После приема контрастного вещества и выполнения КТ органов брюшной полости у больной отмечена многократная рвота, усиливающаяся после незначительного приема пищи, задержка стула. МРТ головного мозга с МР-ангиографией 06.11.21: умеренное расширение субарахноидальных пространств. На 3-й день состояние больной резко ухудшилось: развился генерализованный судорожный приступ. В отделении дообследована: калий – 3.6 ммоль/л, натрий – 112 ммоль/л; макроскопически моча – красно-коричневого цвета. 07.11.21. Выполнена люмбальная пункция – ликвор мутный, белок - 0.84 г/л; данные мозаики «Центральная нервная система» (IgM, 20 инфекций): CMV-положительный 08.11.21 осмолярность – 240 мосмоль/кг H₂O. Ферритин – 174нг/мл, МРТ головного мозга с МР-ангиографией артерий головного мозга 18.11.21: симметричные очаговые изменения базальных ядер, в проекции скорлупы с обеих сторон демиелинизирующего характера. Консультирована инфекционистом: хронический криптогенный гепатит с умеренной биохимической активностью.

Дифференциальную диагностику проводили между экстрапонтинным миелинолизом, менингоэнцефалитом и порфирией. Для экстрапонтинного миелинолиза характерны бульбарный синдром, тетраплегия, «locked-in» синдром, гипернатриемия. Характерными синдромами для менингоэнцефалита являются – общеинфекционный, ликворно-гипертензионный, менингеальный, очаговая неврологическая симптоматика. Учитывая анамнез, жалобы пациентки и клиническую симптоматику (абдоминальная боль, общая слабость, иктеричность кожных покровов, эписиндром, нарушение тазовых функций), данные рутинных исследований – представляется целесообразным предположение об острой энцефалопатии вследствие порфирии. Для верификации данного диагноза необходимо выполнение анализа мочи на порфобилиноген, что представляло диагностическую трудность. Таким образом, данный клинический случай демонстрирует сложность дифференциальной диагностики и важность клинической настроженности в отношении порфирий.

Выводы. В настоящее время проблемы диагностики и лечения порфирии мало освещены по сравнению с другими хорошо изученными патологи-

ями, сохраняется высокий процент летальных случаев (более 60%) и частота глубокой инвалидизации в исходе данного заболевания. Частота встречаемости неврологических осложнений при порфирии достигает 60%, что является важным для дифференциальной диагностики и постановке окончательного диагноза в работе невролога и врачей смежных специальностей. Представленный клинический случай иллюстрирует сложность диагностического алгоритма и дифференциальной диагностики при отсутствии возможностей проведения генетического анализа и биохимических тестов по определению содержания порфобилиногена.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОТРЕКСАТА У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ФЕНОТИПОМ ОСТЕОАРТРИТА

Стребкова Е.А., Кашеварова Н.Г., Таскина Е.А.,
Шарапова Е.П., Кусевич Д.А., Аникин С.Г.,
Алексеева Л.И., Лиля А.М.

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

Цель исследования. Изучить эффективность и безопасность применения метотрексата у пациентов с остеоартритом (ОА) коленных суставов, сопровождающимся упорным синовитом и неэффективностью терапии нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП).

Материалы и методы. В исследование включено 19 пациентов (женщины) с ОА коленных суставов I-III стадией по Kellgren-Lawrence, сопровождающимся клинически выраженным синовитом (толщина синовиальной оболочки более 3,0 мм по данным УЗИ таргетного коленного сустава) и неэффективностью применения НПВП. Медиана возраста включенных пациентов составила 60,0 [54; 65] лет, длительность заболевания ОА 8 [5; 15] лет. Длительность исследования составила 24 недели. Всем пациентам проводилась терапия метотрексатом с эскалацией дозы от 10 мг до 15 мг в неделю подкожно в сочетании с фолиевой кислотой 5 мг в неделю и мелоксикамом 15 мг «по требованию» (при болях в суставах). Эффективность терапии метотрексатом оценивалась на основании динамики параметров индекса WOMAC и критериев ответа на терапию по OMERACT-OARSI. В течение исследования проводился мониторинг лабораторных показателей (клинический анализ крови, биохимический анализ крови, иммунологический анализ крови, общий анализ мочи) на фоне терапии метотрексатом.

Результаты и обсуждения. У пациентов с ОА коленных суставов через 24 недели терапии метотрексатом отмечено снижение боли на 50,45%, скованности на 49%, функциональной недостаточности на 42,7% по индексу WOMAC. Ответчиками на терапию по критериям OMERACT-OARSI стали 85,5% респондентов. По данным УЗИ таргетного коленного сустава в динамике на фоне терапии метотрексатом у 10 пациентов отмечено значимое уменьшение толщины синовиальной оболочки и признаков синовита ($p < 0,05$). На фоне терапии метотрексатом уменьшилась потребность в применении НПВП: исходно 85% пациентов принимали НПВП ежедневно или более 3 раз в неделю, а через 6 месяцев терапии метотрексатом только 15% пациентов принимали НПВП ежедневно. В целом переносимость метотрексата была удовлетворительной. Всего было зарегистрировано 4 (10%) эпизода тошноты, умеренное повышение трансаминаз у 3-х (8%) пациентов и один эпизод (3%) нейтропении до $1,82 \times 10^9$ (норма $2,04-5,80 \times 10^9$).

Выводы. Результаты демонстрируют хороший симптоматический эффект метотрексата у пациентов с воспалительным фенотипом ОА коленных суставов с выраженным, упорным синовитом. Отмечено статистически значимое снижение боли, скованности и функциональной недостаточности в коленных суставах, уменьшение признаков синовита, снижение потребности в НПВП на протяжении терапии метотрексатом. Таким образом, исследование показало, что метотрексат обладает хорошим клиническим эффектом при ОА и удовлетворительным профилем безопасности.

КОРРЕКЦИЯ ПРОТЯЖЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ КРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ С ПОМОЩЬЮ БИОДЕГРАДИРУЕМЫХ СОСУДИСТЫХ СКАФФОЛДОВ: НАХОДКИ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ

Стриго Н.П., Стельмашок В.И.,
Полонецкий О.Л., Зацепин А.О., Захаревич А.Н.,
Борисевич А.А., Цибульский М.Г.
Республиканский научно-практический центр
«Кардиология»,
Минск, Республика Беларусь

Цель. Изучить эффективность и безопасность коррекции протяженных поражений коронарных артерий с помощью биodeградируемых сосудистых скаффолдов в сравнении с металлическими стентами с лекарственным покрытием эверолимус.

Задачи. Определить среднесрочные результаты коррекции протяженных поражений коронарных

артерий с помощью биodeградируемых сосудистых скаффолдов на основе полимолочной кислоты. Выяснить механизмы ремоделирования сосудистой стенки в среднесрочном периоде наблюдения.

Материалы и методы. На нашей базе выполнена эндоваскулярная коррекция протяженных (более 25мм) поражений коронарных артерий у 80 пациентов. Пациенты в рандомном порядке были разделены на две группы: группа 1 ($n=40$) – коррекция поражений с помощью биodeградируемого сосудистого скаффолда с медикаментозным покрытием эверолимус, группа 2 ($n=40$) – коррекция поражений с помощью металлического стента с аналогичным покрытием. Установка производилась под контролем ангиографии и оптической когерентной томографии (ОКТ). Контрольная ангиография и ОКТ-исследование выполнялись через 1 год. Оценивалась малаппозиция и протрузия страт стентов/скаффолдов, толщина и площадь неоинтимы, диаметр и площадь просвета сосуда внутри имплантированного девайса, а также особенности ремоделирования сосудистой стенки.

Результаты. На годовом контроле не было зафиксировано случаев смерти или развития инфаркта миокарда. В группах 1 и 2 было зафиксировано 4 и 3 случая несостоятельности целевого поражения соответственно (10% и 7,5%). Было зафиксировано 2 случая вероятного/подтвержденного тромбоза девайса на годовом контроле в группе 1. В группе 2 таких случаев не было. На контрольном ОКТ-исследовании выявлено 12,61% страт, не покрытых эндотелием в группе 2 и 1,26% страт в группе 1. Пациенты в обеих группах продемонстрировали схожую динамику пролиферации неоинтимы в плане ее толщины и площади, но в группе 1 было выявлено 12 пациентов с развитием эвагинации сосудистой стенки в зоне имплантации на годовом контроле (общий объем эвагинаций – 148,32 mm³) и только 2 таких пациента в группе 2 (объем 5,38 mm³).

Выводы. В среднесрочном периоде наблюдения (12 месяцев) частота достижения первичной конечной точки (смерть+инфаркт миокарда+несостоятельность целевого поражения) была эквивалентна в обеих изучаемых группах (10% в ОГ, 7,5% в КГ, $p > 0,05$).

Несмотря на разницу в абсолютных числах тромботических событий между группами, статистически достоверной разницы выявлено не было ($p=0,49$).

Наличие тенденции к более высокой частоте тромботических событий в группе скаффолдов может быть обусловлено развитием эвагинаций сосудистой стенки в месте имплантации стента на основе полимолочной кислоты как реакции на материал изделия. В то же время, степень покрытия материала стента/скаффолда эндотелием на годовом контроле, по-видимому, не влияет отрицательным образом на частоту отдаленных клинических и ангиографических событий.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИЗУЧЕНИЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Струментова Е.С.¹, Лобзин В.Ю.^{1,2,3}, Мальцев Д.С.³,
Бурнашева М.А.³, Черемисин С.С.¹

¹Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,

²Детский научно-клинический
центр инфекционных болезней,

³Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Увеличение продолжительности жизни населения в значительной степени привело к повышению медико-социальной значимости заболеваний, ассоциированных со старением. На сегодняшний день в мире зарегистрировано свыше 55 млн больных деменцией, и как минимум, 27 млн пациентов из этого числа – это лица, страдающие болезнью Альцгеймера (БА). Отсутствие доступных методов ранней, доклинической диагностики затрудняет постановку диагноза на додементных стадиях и в значительной степени приводит к снижению эффективности терапии и ухудшению прогноза заболевания. Существующие методы раннего выявления болезни либо инвазивны (люмбальная пункция), либо являются дорогостоящими (позитронно-эмиссионная томография, ПЭТ), либо вовсе недоступны в нашей стране (применение радиолигандов). В этой связи, поиск потенциальных биомаркеров БА – первостепенная задача на пути к своевременному началу терапии социально значимого заболевания.

Достаточно давно известно, что глаз человека – это «часть мозга, вынесенная на периферию». Поэтому оценка различных изменений органа зрения, потенциально коррелирующих с интрацеребральными, представляется более доступной.

Цель исследования. Изучить потенциальные методы офтальмологической диагностики БА на ранних стадиях заболевания.

Материалы и методы. При помощи международных поисковых баз данных медицинских знаний Pubmed, CochraneDB, Medscape проанализированы 214 полнотекстовых статей с использованием ключевых слов поиска (eye, Alzheimer's disease, retina, amyloid, tau). Глубина проработки составила 10 лет.

Результаты и обсуждение. Установлено, что основным доступным методом визуализации сетчатки является оптическая когерентная томография (ОКТ). Из-за дегенерации ганглионарного комплекса (GCC) погибают аксоны клеток и истончается слой нервных волокон сетчатки (RNFL), что является одним из проявлений универсального нейродегенеративного про-

цесса. У пациентов с БА основной особенностью ОКТ является истончение слоя RNFL в височной и перифо-веальной области верхнего и нижнего квадрантов сетчатки, увеличение уровня глобальных и фокальных потерь комплекса GCC и внутреннего плексиформного слоя различной степени. Истончение RNFL коррелировало с более низкими показателями оценочных нейропсихологических шкал и повышало риск прогрессирования умеренных когнитивных нарушений в деменцию. Сходная картина изменения толщины RNFL у людей с установленной БА и легкими когнитивными нарушениями предполагает, что потеря аксонов ганглионарных клеток происходит на ранних стадиях заболевания и может иметь определенное прогностическое значение. ОКТ-ангиография демонстрирует, что перфузия и плотность макулярных сосудов у пациентов с БА была значительно снижена. Отмечено сужение сосудов, вызывающее снижение кровотока, а также наблюдались изменения микрососудов сетчатки, что приводило к обеднению микрососудистой сети, имеющим сходную картину с изменениями цереброваскулярного русла. При сканирующей лазерной офтальмоскопии (СЛО) у пациентов с БА обнаружено отложение β -амилоида ($A\beta$) в микрососудах сетчатки и перипитах, сопровождающееся значительной потерей последних. При использовании флюоресцирующих, тропных к $A\beta$ лигандов, возможно уже на доклиническом этапе обнаружить отложения $A\beta$ в сетчатке, что коррелирует с данными о накоплении $A\beta$ в ткани мозга по данным ПЭТ с радиолигандами.

Заключение. Исследование нейроофтальмологических маркеров БА на разных стадиях является наиболее перспективными в неинвазивной диагностике заболевания.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЧЕЧНОЙ ФУНКЦИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С РАЗЛИЧНЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА И АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Суджаева О.А., Карпова И.С., Кошлатая О.В.,
Кравченко А.В.

Республиканский научно-практический центр
«Кардиология»,
Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Оценить почечную функцию у лиц пожилого возраста с различными факторами риска (ФР) и диагностированными ате-

росклеротическими сердечно-сосудистыми заболеваниями (АССЗ) различной степени выраженности.

Материал и методы. В исследование включено 120 пациентов с различными ФР и АССЗ в возрасте 70,6 (66,0; 73,0) лет, 43 (36%) – мужчины, 77 (64%) – женщины. Артериальная гипертензия (АГ) I степени имела место у 28 (23%) пациентов, АГ II ст. – у 79 (66%), АГ III ст. – у 1 (1%) пациента, еще 12 (10%) включенных в исследование АГ не имели. Инфаркт миокарда ранее перенесли 14 (12%) пациентов, чрескожные коронарные вмешательства проведены у 13 (11%), стенокардия напряжения I-II функционального класса (ФК) по классификации Канадского общества кардиологов (1976г.) была диагностирована у 16 (13%) включенных в исследование, коронарное шунтирование перенесли 2 (2%) пациентов, сердечная недостаточность I-II ФК по Нью-Йоркской классификации (1994г.) имела место у 98 (82%) пожилых лиц. Сахарный диабет 2 типа имел место у 21 (18%), нарушение толерантности к глюкозе или гликемии натощак диагностированы у 13 (11%), 54 (45%) пациента имели избыточную массу тела, еще 39 (33%) обследованных – ожирение разной степени выраженности, курили на момент включения в исследование 11 (7%), у 20 (17%) пациентов имел место неблагоприятный наследственный анамнез по АССЗ. Количественное определение биохимических показателей выполнялось в сыворотке крови на автоматическом биохимическом анализаторе Olympus – AU 400 (Olympus, Япония). Нормальный уровень креатинина – 50,4-110,5 мкмоль/л. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) оценивалась с помощью уравнения, разработанного Сотрудничеством по эпидемиологии хронического заболевания почек СКД-ЕРІ (2009г.). Для оценки наличия хронической болезни почек (ХБП) использовались критерии Американской Ассоциации нефрологов К/DOQІ (2002). Статистическая обработка данных проводилась в программах STATSOFT STATISTICA (версия 10.0).

Результаты и обсуждение. У 63% обследованных пациентов пожилого возраста отмечалось повышение уровня глюкозы плазмы натощак $>5,5$ ммоль/л и несколько реже (у 29%) – гиперурикемия >420 мкмоль/л. Уровень креатинина в среднем по группе составил 81,9 (70,3; 89,3) мкмоль/л, значение СКФ составило 72,4 (63,0; 82,0) мл/мин/1,73 м². Снижение СКФ <60 мл/мин/1,73 м² выявлено у 23 (19%) обследованных лиц пожилого возраста, ранее не имевших диагностированной ХБП. В то же время тяжелая ХБП (стадии 3Б-5) не выявлена ни у одного из включенных в исследование. Таким образом, для пациентов пожилого возраста, имеющих множественные ФР и АССЗ различной степени выраженности, характерна высокая частота встречаемости начальных стадий ХБП, которая зачастую своевременно не диагностируется, вследствие чего профилактика ее прогрессирования не проводится.

Вывод. Ранняя диагностика ХБП у полиморбидных пожилых пациентов является крайне актуальной, т.к. рост продолжительности жизни в популяции в целом будет способствовать увеличению медико-социальной значимости данной проблемы, росту числа лиц с терминальной стадией ХБП, потребности в почечно-заместительной терапии и трансплантации почек.

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ПОТЕРЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ДО И ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА

Суджаева О.А., Кошлатая О.В., Спирина О.В.
Республиканский научно-практический центр
«Кардиология»,
Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Оценить влияние комплексной кардиологической реабилитации (ККР) на прогрессирование потерь костной ткани у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) до и после трансплантации сердца (ТС).

Материал и методы. Включено 132 пациента с ХСН до и после ТС. Для установления факторов, влияющих на безопасность ККР проведен ретроспективный анализ данных у 33 реципиентов в возрасте от 19 до 61 года (в среднем $45,2 \pm 12,1$ года). Для оценки эффективности разработанной программы ККР проведен анализ данных проспективного наблюдения 99 лиц с ХСН в возрасте в среднем $54,1 \pm 9,4$ года, из них у 70 в сроки от 0 до 28 (в среднем $4,7 \pm 7,5$ месяцев) проведена ТС, еще 29 пациентов с терминальной ХСН состояли в «листе ожидания» ТС. Из 99 пациентов 35 были рандомизированы в основную группу (ОГ), в которой проводилась ККР по разработанной программе, еще 64 составили контрольную группу (КГ), где использовалась традиционная реабилитация. Разработанная программа ККР включала индивидуализированное (в зависимости от толерантности к физической нагрузке по данным теста с 6-ти минутной ходьбой и/или наличия переломов позвонков) назначение физических тренировок (лечебная гимнастика, дозированная ходьба, тренировки на велоэргометре), а также медикаментозной терапии (внутривенно капельно однократно вводился препарат золендроновой кислоты

5 мг и далее в течение 12 месяцев внутрь принимался комбинированный препарат, содержащий кальция карбонат 1250 мг и колекальциферол (витамин Д3) 10 мкг - 400 МЕ). Двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (ДРА) выполнялась на аппарате GE Lunar Prodigy Advance (США). Рентгенография грудного и поясничного отделов позвоночника в боковой проекции осуществлялась с помощью аппарата «Уни-эксперт 3 плюс». Определение 25-гидрокси Витамина Д (общего) проводилось методом иммуноферментного анализа на аппарате Vidas. Содержание ионизированного кальция в крови определялось на анализаторе ABX-800 (Radiometer), определение фосфора и общего кальция в сыворотке крови проводилось на анализаторе Architect. Определение остеокальцина и β -CrossLaps выполнялось на анализаторе Cobas e601 методом электрохемилюминесценции. I тест проводился при рандомизации, II тест – через 12 месяцев. Статистическая обработка данных проводилась в программах STATSOFT STATISTICA (версия 10.0).

Результаты и обсуждение. У 21% включенных в исследование пациентов с ХСН до и после ТС выявлены нарушения кальциевого и/или фосфорного обмена, у 85% – дефицит/недостаточность витамина Д. Изменения кальциевого обмена способствуют развитию нарушений метаболизма костной ткани, что проявляется в повышении маркеров резорбции костной ткани у 33% обследованных. Исходно бессимптомные переломы позвонков диагностированы у 23% обследованных. После ТС появилась тенденция к увеличению распространенности нарушений метаболизма костной ткани и к утяжелению уже имевшихся изменений.

Вывод. Применение разработанной программы ККР способствовало уменьшению потерь костной ткани у 43% пациентов с ХСН до и после ТС. В отсутствие использования метода у 21% пациентов через 12 месяцев наблюдалось прогрессирование и/или появление de novo переломов позвонков по данным ДРА и/или рентгенографии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБЕЗБОЛИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЕМ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ОСТЕОАРТРИТОМ

Султанова М.Х., Сагатова Д.Р.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Оценить эффективность лечения и удовлетворенность анальгетической терапией пациентов с диагнозом ревматоидный артрит

(РА) и остеоартрит (ОА) по данным опроса в рамках исследования КОМПАС (Качество Обезболивания по Мнению Пациентов с Артритом и болью в Спине).

Материалы и методы. В работу были включены 102 пациентов (48 с диагнозом РА и 64 с ОА) из когорты больных, включенных в исследование КОМПАС. Исследование проводилось в СКАЛЕ и в ревматологическом отделении первой клиники Ташкентской Медицинской Академии. 65,3% были женщины, средний возраст $52,8 \pm 11,1$ лет. 28,4% пациентов имели высшее образование и 61,6% – среднее. 32,6% имели различную степень инвалидности, 28,9% больных являлись пенсионерами. В качестве терапии основного заболевания, 72% пациентов с РА получали базисные противовоспалительные препараты (БПВП), 22,8% – глюкокортикоиды (ГК), 5,2% – генно-инженерные биологические препараты (ГИБП). 18% пациентов с ОА получали симптоматические препараты замедленного действия (СПЗД). При этом, 88,9% пациентов нуждались в дополнительной обезболивающей терапии нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП). Эффективность терапии боли оценивалась пациентом за последний месяц, по опросу по 5-бальной шкале, где 1 – нет эффекта и 5 – превосходный эффект. Также оценивалась удовлетворенность пациентов лечением, возможные причины недостаточной эффективности терапии боли и факторы, влияющих на неудовлетворенность пациентов результатом анальгетической терапии. Для выявления факторов, влияющих на неудовлетворенность пациентов результатом анальгетической терапии, сопоставлена частота ответа «совсем не удовлетворен»

Результаты и обсуждение. Больные с РА чаще отмечали хороший эффект НПВП (31,9% и 15,9% соответственно, и реже сообщали об отсутствии эффекта (4,3% и 11,9%). Низкий эффект терапии отмечался у 42,8% пациентов с РА и 33,2% пациентов с ОА умеренный – у 36,4% и 41,3% соответственно, превосходный – у 1,6 и 0,3%. Также у пациентов с РА реже отмечалась неудовлетворенность лечением (25% и 37,3%), удовлетворены, но не полностью оказались 68,5% пациентов с РА и 62,0 пациентов с ОА ($p=0,095$), полностью удовлетворены – 14,5% и 12,7% соответственно. Самой частой причиной недостаточной эффективности лечения боли оказалось опасение развития нежелательных явлений (НЯ), связанных с приемом препаратов (29,7% для РА и 39,7% для ОА). На втором месте у пациентов с РА оказались «слабые лекарства» (23,7%), а у больных с ОА недостаточное внимание врачей к жалобам (22,5%). С неудовлетворенностью пациентов лечением боли четко ассоциировались следующие параметры: ИМТ >30 кг/м² ОШ 1,506 (95% ДИ 1,055-2,152); диагноз ОА 1,111 (1,026-1,203); сильная боль в суставах 2,131 (1,519-1,988) 0,001; сильная боль в спине 4,204 (2,975-5,942), $p=0,001$; болевые ощущения сразу в нескольких анатомических областях 1,894 (1,344-2,669).

Выводы. У пациентов с РА, результат обезболивающей терапии и удовлетворенность лечением были выше, чем у пациентов с ОА. Самой частой причиной недостаточной эффективности терапии боли оказалось использование неадекватных терапевтических курсов в связи с опасением развития НЯ, связанных с приемом НПВП.

ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Сычева Е.А., Овсянников Е.С.

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

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%.

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.

Результаты и обсуждение. 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 $26,2 \pm 7,5$ ($p=0,008$).

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 $29 \pm 3,9$ ($p=0,000$).

Выводы. 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.

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.

ИЗУЧЕНИЕ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗАХ

Танрыбердиева Т.О.

Государственный медицинский университет
Туркменистана имени Мурада Каррыева,
Ашхабат, Туркменистан

Актуальность. Гипертонические кризы (ГК) дают наиболее высокий процент осложнений и представляют собой естественную модель внезапного и резкого увеличения нагрузки на сердце.

Цель исследования. Изучить характер изменения гемодинамики при ГК в зависимости от возраста.

Материалы и методы. Обследовано 145 пациентов с артериальной гипертензией I и II стадий (АГ I, АГ II). Все больные были распределены на 3 группы: пациенты молодого ($41,4 \pm 1,27$ лет) (16 больных с АГ I и 22 с АГ II), среднего ($50,54 \pm 0,37$ лет) (36 и 32 больных) и пожилого возраста ($67,4 \pm 1,36$

лет) (15 и 24 больных). Контрольную группу составили 90 здоровых лиц.

С помощью эхокардиографии определялись конечный систолический и диастолический объемы (КСО и КДО), минутный объем (МО), величина двойного произведения (ДП), отражающая потребность миокарда в кислороде, скорость циркулярного укорочения волокон миокарда (V_{cf}), характеризующая функциональное состояние волокон миокарда, и внутримиокардиальное напряжение ($\sigma_{тах}$).

Результаты и обсуждение. Высокий относительно показателей в контрольной группе уровень МО у больных молодого и среднего возраста при АГ I (соответственно, на 27%; $p < 0,001$ и 40%; $p < 0,05$) и АГ II (50%; $p < 0,05$ и 47%; $p < 0,05$) призван обеспечить перфузию органов и тканей в условиях ГК. ДП повышалось на 47-65% ($p < 0,001$) во всех возрастных группах АГ I и АГ II, достигая максимального значения у пожилых больных АГ II ($145,58 \pm 26,97$ усл. ед.). У больных АГ I молодого возраста в отличие от здоровых отмечалось достоверное увеличение КСО на 32,8% ($p < 0,05$) и КДО на 24,8% ($p < 0,001$), $\sigma_{тах}$ на 25,4% ($236,96 \pm 9,81 \times 10^3$ дин/см²; $p < 0,001$). В среднем возрасте показатели КСО во время ГК превышали таковые у здоровых (в 2 раза; $p < 0,002$ при АГ I и 2,5 раза; $p < 0,01$ при АГ II), КДО – соответственно, в 1,5 ($p < 0,001$) и 1,7 раза ($p < 0,01$), $\sigma_{тах}$ – на 32% и 67% ($258,8 \pm 25,0 \times 10^3$ дин/см²; $p < 0,02$ и $326,83 \pm 57,51 \times 10^3$ дин/см²; $p < 0,05$). V_{cf} во время ГК наименьшая у больных АГ I в возрасте до 44 лет ($4,98 \pm 0,43$ с-1), у пожилых больных достигала максимального значения ($5,46 \pm 0,76$ с-1).

Выводы. Повышенная потребность миокарда в кислороде у больных в период ГК компенсируется повышенным объемом крови и усилением функциональной активности левого желудочка. Превышение предела компенсации у пожилых больных в условиях ГК повышает внутримиокардиальное напряжение, вызывая тем самым угнетение сократительной функции сердца.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ С РАЗНЫМ ТИПОМ ГЕМОДИНАМИКИ

Танрыбердиева Т.О.

Государственный медицинский университет
Туркменистана имени Мурада Каррыева,
Ашгабат, Туркменистан

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения гипертонических кризов (ГК)

с разным типом гемодинамики в условиях засушливого климата Туркменистана.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 135 больных (мужчин – 57, женщин – 78) артериальной гипертензией (АГ) в кризовом периоде, из них 83 больных АГ I и 52 – АГ II. Средний возраст больных АГ I составил $49,1 \pm 11,6$ лет, при АГ II – $56,1 \pm 10,5$. Изучение сердечной гемодинамики проводилось с помощью метода эхокардиографии. Тип кровообращения определялся по данным сердечного индекса (СИ). Эукинетический (нормокинетический) тип определялся при СИ 2,5-4,2 л/мин/м². При гипокинетическом типе кровообращения величины СИ были ниже, при гиперкинетическом – выше этих показателей.

Результаты исследования. У больных АГ I криз с гиперкинетическим типом кровообращения отмечался у 11 человек (13,25%), эукинетический ГК – у 41 (49,4%) и гипокинетический – у 31 больного (37,35%). При АГ II гиперкинетический ГК наблюдался у 7 больных (13,46%), эукинетический – у 29 (57,77%) и гипокинетический – у 16 больных (30,77%). Возраст больных АГ I и АГ II составил в среднем при гиперкинетическом кровообращении $51,4 \pm 12,6$ и $55,1 \pm 13,9$ лет соответственно, при эукинетическом типе – $47,8 \pm 11,0$ и $54,9 \pm 10,8$ лет и при гипокинетическом – $49,9 \pm 10,5$ и $58,8 \pm 8,6$ лет. При АГ I средний возраст женщин превышал таковой у мужчин при гипер- и эукинетическом типах соответственно на 22% и 16%, а при АГ II был выше на 34% в основном при гипокинетическом типе гемодинамики.

Больные с гиперкинетическим кровообращением во время криза находились в состоянии возбуждения и беспокойства, испытывали чувство тревоги, страха. У большинства больных отмечалась тахикардия (в 64% случаев при АГ I и 50% – при АГ II), боли в сердце (45% и 57%), одышка (48% и 56%), выраженные явления внутривенной гипертензии, в т. ч. сильная головная боль (55% и 43%), головокружение (55% и 57%). Тошнота и рвота (26%) были характерны для АГ I. При АГ II отмечались шум в ушах (29%) и ухудшение зрения (14%).

ГК с гипокинетическим типом гемодинамики отличались более тяжелым и длительным течением. Больные были чаще заторможены. В клинике преобладала головная боль (55% при АГ I и 81% при АГ II), головокружение (32% и 56%), общая слабость (52% и 69%), одышка (23% и 31%). У 81% больных АГ II в момент криза отмечались боли в сердце, тогда как у больных АГ I их было в 2,3 раза меньше. У больных АГ II в 38% случаев наблюдались тошнота и рвота. При АГ II в 6% случаев отмечались носовые кровотечения.

Больные с эукинетическим типом криза, составлявшие большинство при АГ I и АГ II, помимо головных болей (63% и 72%), болей в сердце (41% и 59%), жаловались на слабость (66% и 72%), одышку (37% и 45%), тошноту и рвоту (12% и 28%). При АГ II отмечались шум в ушах (24%) и ухудшение зрения (21%).

Выводы. С развитием ГЛЖ и стабилизацией болезни отмечается увеличение доли кризов с эукинетическим типом гемодинамики и уменьшается число гипер- и гипокинетических ГК.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ФЕНОТИП ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ: ЛАБОРАТОРНО- ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Таскина Е.А.¹, Кашеварова Н.Г.¹, Кудинский Д.М.¹,
Демин Н.В.¹, Алексеева О.Г.¹, Черкасова М.В.¹,
Самаркина Е.Ю.¹, Стребкова Е.А.¹,
Шарапова Е.П.¹, Алексеева Л.И.^{1,2}, Лиля А.М.^{1,2}

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

²Российская медицинская академия непрерывного
профессионального образования,
Москва

Цель. В проспективном исследовании представить лабораторно-инструментальную характеристику метаболического фенотипа (МФ) остеоартрита (ОА) коленных суставов.

Методы. В исследование включено 284 женщины в возрасте 40-78 лет, с достоверным диагнозом ОА (АКР) коленных суставов I-III стадии (Kellgren J.-Lawrence J), подписавших информированное согласие. Средний возраст пациенток составил 58,5±9,5 лет, длительность заболевания 5 (2-10) лет. Средние значения ИМТ соответствовали избыточному весу (29,6±5,6 кг/м²), объем бедер (ОБ) – 109,3±10,4 см и талии (ОТ) – 92,5±12,5 см. На каждого больного заполнялась индивидуальная карта, включающая в себя антропометрические показатели, данные анамнеза и клинического осмотра. Всем пациенткам проводились лабораторное обследование, стандартная рентгенография и УЗИ коленных суставов, денситометрия поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедра.

Результаты. МФ диагностирован у 52,4% пациентов. По наличию или отсутствию данного фенотипа пациенты были распределены в 2 группы. Больные с МФ по сравнению с лицами без него были старше (соответственно, 61 (57-68) против 52 (43-58), p < 0,0001), имели больший ИМТ (31,6 (28,6

-35,4) против 26,4 (23,4-30,3), p < 0,0001) и более выраженный болевой синдром (по ВАШ) в коленных суставах при ходьбе по ровной поверхности (50 (40-60) против 35 (10-50), p < 0,0001). Статистически значимые различия выявлены и при инструментальном обследовании, так при рентгенографическом исследовании возрастал шанс выявления 3 стадии (OR=4,4, 95% CI 1,3-14,2, p=0,01) и определялись более значимое сужение медиальной щели коленного сустава 2,6 (1; 4,6) против 3,6 [3; 4,3] мм, p=0,023, большие размеры остеофитов (ОФ) в области медиального и латерального мыщелков большеберцовой кости (ББК): 1 (1; 2) против 0 [0; 0] мм, p=0,025 и 1 (1; 2) против 0 [0; 1] мм, p=0,042; при УЗИ – меньшие размеры заднего медиального и латерального хряща 1,6 (1,3; 1,8) против 1,7 [1,6; 1,8] мм, p=0,014 и 1,5 (1,4-1,8) против 1,7 [1,6; 1,8] мм, p=0,05 и большие синовиальной оболочки: 3,1 (2,9-3,5) против 2,9 (2,6-3,1) мм, p=0,02. По данным денситометрии отмечались более высокие значения МПК общего бедра: 0,95 (0,87-1,02) против 0,87 (0,77-0,99) (г/см²), p=0,03. При лабораторном обследовании у пациентов с МФ регистрировались выше значения СРБ: 2,8 (1,4-5,1) против 1,1 (0,49-2,0) мг/л, p=0,0001, гликированного гемоглобина: 5,7 (5,4-5,9) против 5,2 (4,9-5,6) %, p=0,0001, мочевой кислоты: 312 (268-391) против 269,7 (233,9-324,5) мкмоль/л, p=0,0002, холестерина: 6,4 (5,33-6,85) против 5,4 (4,78-5,82) ммоль/л, p=0,002, ЛПНП: 4 (3,38-4,59) против 3,1 (2,6-3,89) ммоль/л, p=0,0009, триглицеридов: 1,6 (1,19-2,44) против 1,1 (0,76-1,48) ммоль/л, p < 0,0001, АЛТ: 21 (17,15-28,9) против 15,9 (11,4-19,8) ед/л, p=0,0006, АСТ: 20,6 (17,6-25,0) против 18,1 (14,9-21,6) ед/л, p=0,05, глюкозы: 5,6 (5,1-6,155) против 5,2 (4,97-5,53) ммоль/л, p=0,001, лептина: 35,6 (25,5-55,6) против 20 (14,7-31,0) нг/мл, p < 0,001, СОМР: 1415 (1115-2100) против 712,2 (484,5-1015), p < 0,001, СТХ-II: 2,9 (2,4-3,5) против 2,4 (0,9-3), p=0,04. В корреляционном анализе по Спирмену подтверждены положительные корреляции (p < 0,05) между МФ и рентгенологической стадией ОА (r=0,44), размерами ОФ в области ББК (r=0,31), толщиной синовиальной оболочки (r=0,28), hsСРБ (r=0,44), гликированным гемоглобином (r=0,45), ХС (r=0,29), ЛПНП (r=0,3), ТГ (r=0,36) и мочевой кислотой (r=0,3), лептином (r=0,46), ИЛ-6 (r=0,38), СОМР (r=0,51) и СТХ-II (r=0,23). Отрицательные ассоциации (p < 0,05) с размерами медиальной суставной щели (по данным рентгенограмм) (r=-0,24) и хряща (УЗ-исследование) (r=-0,25).

Заключение. При комплексном обследовании с применением лабораторных и инструментальных методов продемонстрировано, что при МФ отмечается более тяжелое течение ОА (в том числе после поправки на возраст). Выявляются более высокие

значения hsCRP, лептина, ИЛ-6, СОМР и СТХ-II, которые могут свидетельствовать о значимом низкоинтенсивном воспалении (лежащем в основе патогенеза заболевания) и более выраженной деструкции хрящевой ткани.

БЕЗОПАСНОСТЬ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ: РОЛЬ ИНСТРУКЦИИ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ

Таубэ А.А.

Научный центр экспертизы
средств медицинского применения,
Москва

Введение. Антибактериальные лекарственные препараты (ЛП) отличаются широким спектром побочных явлений. Контроль за проявлениями нежелательных реакций (НР) при антибиотикотерапии является важной задачей для лечащего врача. При комбинированной терапии и наличии сопутствующих заболеваний возникает риск непредвиденных межлекарственных взаимодействий (МЛВ). МЛВ способны серьезно повлиять на профиль безопасности лекарственного препарата. Основным источником информации о потенциальных МЛВ для врачей и пациентов раздел инструкции по медицинскому применению (ИМП) «Взаимодействие с другими лекарственными препаратами и другие виды взаимодействия». Сбор достоверной и актуальной информации для данного раздела является одной из целей деятельности по фармаконадзору. Сигналы о НР попадают в национальные центры фармаконадзора, далее информация попадает в международные базы данных. Крупнейшей базой данных о НР является глобальная база данных Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) Vigibase.

Цель исследования. Оценка полноты и своевременности предоставления информации о межлекарственных взаимодействиях в инструкциях по медицинскому применению.

Материалы и методы. Объектами исследования были выбраны антибактериальные ЛП: группы пенициллинов (амоксциллин и ампициллин), из группы макролидов – азитромицин, из группы фторхинолонов – левофлоксацин. ИМП были получены на официальном сайте grls.rosminzdrav.ru. Сведения о МЛВ, валидированных экспертами ВОЗ за весь период обращения каждого ЛП, были получены авторизованным доступом в глобальную базу данных ВОЗ Vigibase, модуль VigiLize.

В исследования применялись теоретические и экспериментальные методы моделирования и сравнения.

Результаты и обсуждение. Сравнение информации о МЛВ в базе данных ВОЗ и действующей ИМП на МНН амоксициллин показало, что совпадает информация о МЛВ с МНН из 7 фармако-терапевтических групп: кларитромици, варфарин, фуросемид, ацетилсалицициловая кислота, амлодипин, метотрексат, аллопуринол. Анализ показал, что в ИМП не указана информация о валидированных МЛВ с МНН: парацетамол, ципрофлоксацин, омепразол, пантопразол, лансопразол, эзомепразол, бисопролол, метопролол, преднизолон, лефлуноמיד, лизиноприл, метронидазол, симвастатин.

Согласно информации из Vigibase МЛВ с МНН Ампициллин обнаружены с МНН 17 фармако-терапевтических групп: аминогликозиды, антиаритмические, диуретики, НПВС, сердечные гликозиды, анальгетики, бета-адреномиметики, пенициллиновые антибиотики, макролиды, противосудорожные ЛА, циклопиррол, ингибиторы протонного насоса, антидепрессанты, полиеновый макроциклический антибиотик (амфотерицин б), гипогликемические (бигуаниды), рифампицин, противогрибковые. Совпадают сведения в международной базе по фармаконадзору DDI и в ИМП на потенциальные взаимодействия с 5 фармако-терапевтическими группами: макролидами, нестероидными противовоспалительными средствами, аминогликозидами, диуретиками, рифампицином.

База данных Vigibase содержит информацию о подтвержденных МЛВ МНН азитромицин с МНН 40 фармако-терапевтическими группами с разной частотой репортирования. В тоже время в ИМП в разделе «Взаимодействия с другими лекарственными препаратами и другие виды взаимодействия» представлена информация в МЛВ в ЛП из 10 фармако-терапевтических групп: антидепрессанты, статины, антибиотики группы фторхинолонов, антигистаминные ЛП, сердечные гликозиды, антиксиолитики непрямого действия, иммунодепрессанты, антиаритмические ЛП, нейролептики, антиксиолитики. Необходимо подчеркнуть, что индивидуальные сообщения о НР, поступают в Vigibase по МНН, в ИМП могут содержаться сведения в МЛВ как отдельных МНН, так и фармако-терапевтических групп в целом. Также при изучении профиля безопасности МНН азитромицин выяснилось, что в ИМП и базе данных Vigibase могут находиться сведения о МЛВ с разными МНН из одной фармако-терапевтической группы. Например, в ИМП на азитромицин указана информация о потенциальном МЛВ с МНН циклоспорин, в Vigibase – такролимус и микофеноловая кислота; в ИМП – «с осторожностью принимать с

фторхинолонами», в *VigiBase* зафиксированы МЛВ с ципрофлоксацин, левофлоксацин (оба фторхинолоны). Кроме того, ИМП содержит информацию о неблагоприятном взаимодействии с антиаритмическими лекарственными препаратами, в частности, класса Ia (хинидин, прокаинамид) и III (дофетилид, амиодарон, соталол), в *VigiBase* напротив репортировалось МЛВ только с МНН амиодарон. Возможно, это связано с тем, что информация в ИМП способствует предотвращению назначений комбинаций ЛП с известным неблагоприятным эффектом.

На МНН левофлоксацин репортированы в *VigiBase* МЛВ с 16 фармакотерапевтическими группами. Из них МНН только из 6 фармакотерапевтических групп совпадают в разделе «Взаимодействия с другими лекарственными препаратами и другие виды взаимодействий».

Заключение. Информация в ИМП (листке-вкладыше) информирует врачей и пациентов о возможных неблагоприятных последствиях применения ЛП и способствует предотвращению назначения опасных комбинаций ЛП. Современный уровень знаний о профиле безопасности антибактериальных препаратов разных групп, выявленный в результате деятельности по фармаконадзору не отражается полностью в ИМП. Выявлены различия в формулировках МЛВ в глобальной базе данных *VigiBase* и ИМП. Деятельность по постоянному мониторингу НР и неэффективности ЛП является важной для назначения наиболее рациональной терапии.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Ташмухамедова М.К.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Бронхиальная астма является одним из самых распространенных заболеваний в мире и представляет собой важную социальную, экономическую и медицинскую проблему. В структуре профессиональных заболеваний бронхиальная астма составляет 12%.

Цель работы. Изучение особенностей течения и диагностики профессиональной бронхиальной астмы.

Материалы и методы. Для решения поставленной задачи нами в республиканской клинике профессиональных заболеваний обследовано 86 больных, изучены данные динамического наблюдения за их состоянием, исследование функции внешнего дыхания (компьютерная спирография).

Основными диагностическими критериями профессиональной бронхиальной астмы являются: появление симптомов заболевания во время работы и отсутствие вне рабочего времени (симптом экспозиции и элиминации), показатели пиковой скорости пикфлоуметрии на рабочем месте и вне контакта с профессиональным аллергеном, определение функции внешнего дыхания, провокационные ингаляционные тесты с предполагаемым аллергеном, определение уровня специфического IgE, наличие во многих случаях экстрареспираторных проявлений (ринит, конъюнктивит, отек Квинке и др.) до развития приступов бронхиальной астмы с теми же закономерностями экспозиции и элиминации.

Результаты и обсуждение. По профессиональному составу наибольшее число случаев бронхиальной астмы приходится на работников пылевых производств (32,4%), химических предприятий (17,2%) и медицинских учреждений (13,6%). По возрасту больные распределялись следующим образом: до 30 лет – 9,6%, 31-40 лет – 24,4%, 41-50 лет – 28,8%, 51 и старше – 34%, т.е. заболевание выявлено в наиболее активном возрасте от 30 до 50 лет (66%). По профессиональному стажу нами выделены 5 групп: менее 5 лет – 9,6%, 6-10 лет – 19,2%, 11-15 лет – 28,8%, 16-20 лет – 28,8%, 21 год и более – 14,6%, как видно бронхиальная астма чаще была установлена при стаже работы от 10 до 20 лет, то есть в развитии сенсibilизации существенную роль играла продолжительность контакта с аллергеном. По характеру течения выявлены тенденция к прогрессированию заболевания у 72% больных в результате развития признаков полиаллергизации.

Результаты компьютерной спирографии показали, что у больных отмечаются снижение вентиляционной недостаточности по смешанному типу – 48,2%, по рестриктивному типу – 38,4% и по obstructивному типу – 14,4%, по степени тяжести ДН I степени – 32,8%, ДН II степени – 48% и ДН III степени – 19,2% и показывают, что признаки дыхательной недостаточности способствуют ухудшения самочувствия пациентов.

Результаты анамнестических данных показали, что у большинства больных отмечается прогрессирование заболевания в связи тем, что многим из них по месту жительства своевременно не был установлен диагноз и не проведено соответствующее лечение с прекращением контакта с профессиональным аллергеном.

Выводы. Таким образом, учитывая высокую распространенность профессиональной бронхиальной астмы, для ранней диагностики болезни необходимо проводить комплексное обследование, включающее профессиональный анализ с изучением документации об условиях труда и динамики

заболевания, аллергологический анализ, изучение результатов специфических аллергологических и иммунологических исследований.

СОВРЕМЕННАЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Ташпулатова М.М., Алиева К.К.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучить диагностическую значимость 14-3-3η белка в крови больных на ранних этапах ревматоидного артрита (РА).

Материалы и методы. В исследование включены 68 больных РА (соответствующие критериям EULAR/ACR, 2010 г.) в возрасте от 19 до 74 лет (средний возраст составил 44,2±3,2лет) с длительностью заболевания до 1 года (от 6 до 52 нед.), проходивших стационарное лечение в отделениях кардиоревматологии, ревматологии и находившихся на диспансерном учете в артрологическом СКАЛе многопрофильной клиники ТМА за период 2019 – 2020 гг. По полу больные были распределены следующим образом: 63 женщины (93%) и 5 мужчин (7%) (Ж:М=12:1). Средняя продолжительность заболевания составляла 8,6±0,7 месяцев. Для определения активности РА применялись следующие показатели: выраженность боли в суставах, оцененная пациентом по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), общая активность заболевания оценивалась по рекомендованному EULAR индексу DAS28 и СОЭ (мм/ч) по Вестергрену с выделением 3 основных степеней и СРБ в сыворотке крови. Лабораторное обследование включало общий клинический и биохимический анализы крови. Диагностика панелей аутоантител включала количественное определение ревматоидного фактора (РФ) методом Ваалера-Розе, а также антитела к циклическому цитруллиновому пептиду (АЦЦП) и 14-3-3η белка методом иммуноферментного анализа.

Результаты и обсуждение. Средняя величина утренней скованности у всех обследованных больных была 79,1±19,3 минут. Анализ характера суставного синдрома у больных РА показал, что полиартрит, как критерий РА, определялся у 57,4% пациентов, моно-олиго артикулярный характер поражения суставов выявлялся у 42,6% обследованных. Приведенные данные свидетельствуют о наибольшем проценте (72%) поражения суставов

кистей рук у больных РА, независимо от длительности его течения.

Анализ степени активности по DAS 28 показал, что у 23,5% больных средняя величина составила 5,31±0,49, что соответствовало III степени активности, у 76,5% больных в среднем 4,8±0,1 (II степень активности). Больных с низкой степенью активности РА не выявлено.

При длительности заболевания до одного года серопозитивными по РФ были 43%, а серонегативными – 57% больных. АЦЦП определялся у 80% обследованных больных при длительности заболевания до 3-х месяцев, к 12 месяцам болезни в среднем у 90,6% больных этот показатель оказался положительным. 14-3-3 η белок определялся у всех (100%) обследованных больных независимо от длительности заболевания.

Установлена прямая корреляционная связь между продолжительностью заболевания и частотой выявления АЦЦП, а у больных корреляционная связь между продолжительностью заболевания и частотой выявления 14-3-3 η белка не установлена. У больных, имеющих большие сроки длительности заболевания (7,0±0,9мес.), выявились высокие диагностические титры АЦЦП (47,1±6,1) в отличии от остальных групп. А 14-3-3 η белок определялся у всех больных независимо от срока заболевания. Это указывает на то, что с увеличением длительности заболевания диагностически значимые цифры АЦЦП возрастают. Надо отметить тот факт, что 80% больных с длительностью заболевания до 3-х месяцев были серопозитивными по АЦЦП, 100% по показателям 14-3-3 η белка, в тоже время процент выявления РФ у этих больных составил лишь 31,2%. К 12-ти месяцам болезни выявление АЦЦП возросло до 90,6%, РФ до 37,5%, а исходные результаты 14-3-3 η белка не изменились (100%).

Выводы. Таким образом, определение 14-3-3 η белка значительно превосходило АЦЦП и РФ по чувствительности.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Ташпулатова М.М., Алиева К.К.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Проблема точной ранней диагностики ревматоидного артрита (РА), неразрывно связанная с изучением ближайших и отдаленных исходов заболевания, в настоящее время особенно актуальна, в связи

с возможностью с помощью современных методов лечения затормозить развитие заболевания при условии раннего начала терапии.

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения и диагностики раннего РА.

Материал и методы. В исследование включены 68 больных в возрасте от 19 до 74 лет (средний возраст составил $44,2 \pm 3,2$ лет) с достоверным диагнозом РА (соответствующий критериям EULAR/ACR, 2010 г.) с длительностью заболевания до 1 года (от 6 до 52 нед.), проходивших стационарное лечение в отделениях кардиоревматологии и ревматологии и находившихся на диспансерном учете в артрологическом СКАЛе I клинике ТМА за период 2019-2020 г.г. По полу больные распределились следующим образом: 63 женщины (93%) и 5 мужчин (7%) (Ж:М=12:1). Средняя продолжительность заболевания составляла в среднем $5,7 \pm 0,9$ месяца. Для определения активности болезни и эффективности терапии РА применялись по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) и по индексу DAS28. Лабораторное обследование включало общий клинический и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, иммунологический анализ крови: определение концентрации СРБ, РФ, АЦЦП. Рентгенологическая стадия РА определялась по модифицированному методу Steinbrocker.

Результаты и обсуждения. Анализ характера суставного синдрома у больных РА показал, что полиартрит, как критерий РА, определялся у 57,4% пациентов, у 42,6% обследованных выявлялся моноолиго артикулярный характер поражения суставов. Приведенные данные свидетельствуют о наибольшем проценте (72%) поражения суставов кистей рук у больных РА, независимо от длительности его течения. В начальном периоде РА в патологический процесс чаще вовлекались суставы кистей (72%), реже - коленные (13,2%). У 9 больных (13,2%), наблюдалось одновременное поражение практически всех суставов. Анализ степени активности по DAS28 показал, средняя величина составила $5,31 \pm 0,49$, что соответствовало III степени активности, у 76,5% больных в среднем $4,8 \pm 0,1$ (II степень активности). При длительности заболевания до одного года серопозитивными по РФ были 43%, а серонегативными – 57% больных. В группе больных с длительностью течения РА менее 3-х месяцев РФ выявлялся у 27%, и с увеличением продолжительности болезни его показатель возрос до 62%, АЦЦП определялся у 80% обследованных больных при длительности заболевания до 3-х месяцев, к 12 месяцам болезни в среднем у 90,6% больных этот показатель оказался положительным. На рентгенограммах суставов кистей у больных РА с длительностью заболевания <3-х месяцев остеопороз наблюдался лишь у 4 (26,6%) больных из 15, у пациентов до 6 месяцев заболевания этот признак выявлен

уже у 47,6% (10 больных). В группе больных с длительностью РА менее 3-х месяцев по данным МРТ кистей обнаружены: выпот в суставы – у 12 (80%) больных, тендосиновит – у 11 (73,3%), у 9 (60%) больных определялся отек костного мозга, у 6 (40%) – эрозии. При длительности заболевания до 6 месяца у 17 больных (80,9%) обнаружен выпот в полости сустава, у 18 (85,7%) – тендосиновит, 11(52,3%) – отек костного мозга и у 10 (47,6%) пациентов – эрозии.

Выводы. Отсутствие полиартрита и поражения суставов кистей рук, а также несимметричное поражение суставов, не исключают диагноза РА. Определение АЦЦП обладает чувствительностью, сравнимой с чувствительностью РФ, и значительно превосходит РФ по специфичности. МРТ по сравнению с рентгенографией является высокоэффективным методом диагностики РА, который в комплексе с другими методами исследования помогает установить диагноз заболевания на ранней стадии, что способствует своевременному назначению адекватного базисного лечения.

ФИБРОМИАЛГИЯ: К ВОПРОСУ О ВОЗРАСТНЫХ И ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Теплякова О.В.

Уральский государственный
медицинский университет,
г. Екатеринбург

Распространенность фибромиалгии (ФМ) составляет около 3,5-5% в популяции, однако на ревматологическом приеме доля пациентов, страдающих ФМ, может составлять до 14%.

Цель работы. Установить особенности клинической картины ФМ с учетом гендерных и возрастных особенностей.

Материалы и методы. В работу включены 162 человека, страдающих ФМ, диагноз которой основывался на критериях ACR-2016, из них 52 женщины относились к группе молодых (18-45 лет), 51 – среднего возраста (46-59 лет) и 39 – пожилого и старческого (60 лет и старше). ФМ была диагностирована у 20 мужчин (средний возраст – $42,6 \pm 9,2$ года). Диагноз установлен в среднем через 4,6; 6,5; 9,8 лет в соответствующих возрастных группах у женщин и через 8,6 лет у мужчин. Также проводился сбор данных о выраженности боли (ВАШ в покое и при движениях), наличия соматических симптомов (критерии ФМ, ACR-2010), назначенной ранее терапии. Кроме того, все пациенты заполняли госпитальную анкету тревоги и депрессии.

Результаты и обсуждение. Для молодых пациенток с ФМ наиболее типичными признаками, значимо отличающих их от других групп, явились тревожность (10,5±4,1 баллов), преобладание гастроинтестинальных симптомов (СРК – 75,0%, тошнота – 42,3%, запоры – 42,3%), усталости – 86,5%, нервозности – 75,0%, головокружений – 57,7%. Также данная группа акцентировала внимание на наличие разнообразных высыпаний – 21,2%. Пациентки среднего возраста предъявляли преимущественно жалобы на общую дезадаптацию, что проявлялось выраженными изменениями по шкалам когнитивных нарушений и отсутствия чувства отдыха после сна (1,51±0,9 и 2,26±0,9 баллов из максимальных 3 баллов, соответственно), 56,8% отмечали наличие проблем с мышлением, 54,9% указали на наличие нарушений зрения. У женщин в возрасте 60 лет и старше в клинической картине преобладал болевой синдром. Выраженность боли при движениях оказалась максимальной в последней группе (60,0±21,3 баллов, ВАШ), также как и число зон тела, в которых пациентки чувствовали боль (11,4±4,3 из 19 возможных). Кроме того, в этой группе наиболее значимыми были тревожные и депрессивные нарушения (10,4±4,4 и 8,9±4,2 балла, HADS), а также симптомы астенизации: мышечная слабость (в 74,4% случаев), бессонница (61,5%), нарушение общего здоровья (63,5±20,3 баллов, ВАШ). Еще до постановки диагноза ФМ пациенткам среднего возраста по поводу предъявляемых ими жалоб достаточно часто назначали антидепрессанты (35,3%), а пожилым пациенткам – НПВП (56,4%).

При сравнении симптомов ФМ в целом среди женщин и мужчин, оказалось, что у женщин распространенность болей была достоверно выше: 9,13±3,1 из 19 возможных локализаций против 7,47±3,2 у мужчин, также как и тяжесть когнитивных нарушений: 1,32±0,61 балла из возможных 3 баллов против 0,94±0,55 у мужчин. Преобладающими соматическими симптомами у женщин по сравнению с мужчинами явились: мышечная слабость (69,4% и 50,0%), головная боль (63,4% и 45,0%), онемение пальцев (62,2% и 45,0%), головокружение (53,1% и 45,0%), запор (38,8% и 25,0%), сухость глаз (45,9% и 25,0%) и выпадение волос (46,9% и 20,0%). Напротив, у мужчин, страдающих ФМ, по сравнению с женщинами чаще наблюдались: диарея (30,0% и 17,3%), ощущение нехватки воздуха (55,0% и 37,7%) и появление сыпи (35,0% и 13,2%).

Выводы. Клиническая картина ФМ может различаться в разных возрастных группах, а также у женщин и мужчин. К сожалению, данное заболевание плохо распознается, свидетельством чему является поздняя диагностика заболевания и частое назначение нецелевых препаратов – НПВП.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В РЕВМАТОЛОГИИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Теплякова О.В.

Уральский государственный
медицинский университет,
г. Екатеринбург

Телемедицинское консультирование (ТМК) – технология оказания квалифицированной медицинской помощи пациентам в режиме видеоконференции. Потребность в ТМК возросла в связи с пандемией COVID-19.

Цель. Представить опыт проведения и оценки эффективности ТМК по ревматологии в медицинском центре г. Екатеринбурга. *Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh) zur Anwendung der Videosprechstunde in der Rheumatologie.*

Материалы и методы исследования. В период с июня 2020 г. до декабря 2021 г. на базе Медицинского объединения «Новая больница», Екатеринбург, Российская Федерация проведены 102 ТМК по профилю ревматология. Из них – 64 (62,7%) пациента после предшествующего очного осмотра и 38 (37,3%) пациентов, обратившихся первично на ТМК.

Результаты и обсуждение. Возраст пациентов, обратившихся на ТМК, составил: 21-30 лет – 5,9%, 31-40 лет – 22,5%, 41-50 лет – 16,7%, 51-60 лет – 25,5%, 61-70 лет – 20,6%, 71 год и старше – 8,8%. Среди опрошенных 75,5% составили женщины и 24,5% – мужчины. Из 64 пациентов, осмотренных ранее очно, большинство страдали заболеваниями, требующими регулярного мониторинга активности: ревматоидный артрит – 28,1%, псориатический артрит – 12,5%, системных заболеваний соединительной ткани – 18,8%. Достаточно часто основным диагнозом была фибромиалгия – 10,9%.

Ведущими причинами обращения на ТМК явились (были допустимы множественные ответы): обострение заболевания (34,5%), появление новых симптомов (23,5%), лабораторно-инструментальный мониторинг состояния (37,3%) и коррекция терапии (42,2%). По поводу COVID-19 было только 9,1% причин обращения. Выбор в пользу ТМК против очной консультации был связан с быстротой получения квалифицированной медицинской помощи (50,0%) и удобством в связи с проведением ТМК из дома (42,2%). Но не менее чем в четверти случаев приобретает значение желание пациента выбрать определенного врача, безопасность и ценовые аспекты.

Удовлетворенность пациентов ТМК была высокой: доля пациентов, которые получили ответы на

все интересующие их вопросы, составила 90,2%, а 9,8% получили ответы на большую часть вопросов, Удовлетворенность врачей составила по 5-балльной шкале $4,51 \pm 0,79$ балла. Однако, по мнению врача, полное решение всех проблем пациента было возможным только в 77,5% обращений, тогда как в 22,5% случаев предложено очное посещение в связи с невозможность точной диагностики, необходимостью инъекционной терапии, наличием у пациента когнитивных нарушений или глухоты.

ТМК продолжалась в среднем $37,25 \pm 13,16$ минут, из которых $18,94 \pm 8,75$ минут был видеоконтакт. Врачи, проводившие ТМК, указали на наличие каких-либо технических проблем в 34 (33,3%) случаях. Из них 12 – плохое качество видео или звука, в 10 – возникли проблемы с интернетом в 7 – пациенты не смогли понять интерфейс программы. Единичные случаи: пациенты забыли о ТМК, закончился заряд планшета у пациента, проч. Врач зачастую был вынужден перейти на другой канал связи (WhatsApp) в 19 (18,6%) проведенных ТМК.

Выводы. Телемедицина является перспективной отраслью ревматологии, однако необходимо улучшение технических условий телеконсультирования.

АНАЛИЗ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С РАННИМ АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ, ДОСТИГШИМ ASAS ЧАСТИЧНУЮ РЕМИССИЮ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНУЮ РЕМИССИЮ НА 3 ГОДУ НАБЛЮДЕНИЯ

Тимохина Д.Г., Дубинина Т.В., Демина А.Б.,
Кричевская О.А., Эрдес Ш.

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

Введение. Согласно «стратегии лечения до достижения цели» при спондилоартритах (СПА), главная цель – это достижение клинической ремиссии или неактивной стадии заболевания. Международное сообщество по изучению СПА (ASAS) в 2001 г. сформулировало критерии ASAS частичной ремиссии, а Российская экспертная группа по изучению СПА выделила клинико-лабораторную ремиссию (отсутствие клинических проявлений заболевания, сохраняющееся в течение 6 мес. при наличии нормальных значений СРБ и СОЭ).

Цель. Проанализировать терапию пациентов с ранним аксиальным спондилоартритом, достиг-

шим ASAS частичную ремиссию и клинико-лабораторную ремиссию на 3 году наблюдения.

Материал и методы. В исследование были включены пациенты с ранним аксСПА (критерии ASAS 2009 г с длительностью ВБС не более 5 лет) из когорты КоРСАр (Когорта Раннего СпондилоАртритта), сформированной в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой. В настоящее время в когорту включено 175 пациентов с аксСПА, в анализ вошли 66, наблюдавшихся не менее 3 лет, из них 37 (56%) мужчин и 29 (44%) женщин. Средний возраст пациентов составил 31,5 (5,7) лет, средняя длительность болезни была 22,1 (17,0) мес., 63 (95,4%) больных имели HLA B27.

Результаты. Исходно все пациенты не были в клинико-лабораторной и ASAS частичной ремиссии. На третьем году наблюдения пациентов с ранним аксСПА, клинико-лабораторную ремиссию ЭксСПА достигли 21 (32%) больной, а ASAS частичную ремиссию – 29 (44%).

При анализе терапии на 3 году наблюдения пациентов с ранним аксСПА, достигших клинико-лабораторную и ASAS частичную ремиссию выявлено, что принимали НПВП, n (%) 9 (42,8%) и 14 (48,2%) соответственно ($p > 0,05$); НПВП+СС, n (%) 1 (4,7%) и 0 соответственно ($p > 0,05$); ГИБП, n (%) 0 и 2 (6,8%), соответственно ($p > 0,05$); ГИБП+НПВП, n (%) 5 (23,8%) и 6 (20,6%), соответственно ($p > 0,05$); ГИБП+СС, n (%) 1 (4,7%) и 0, соответственно ($p > 0,05$); ГИБП+НПВП+СС, n (%) 0 и 1 (3,4%), соответственно ($p > 0,05$); самостоятельно отменили терапию n (%) 5 (23,8%) и 6 (20,6%), соответственно ($p > 0,05$).

Выводы. На третьем году наблюдения пациентов с ранним аксСПА, клинико-лабораторную ремиссию ЭксСПА достигли 32% больных, а ASAS частичную ремиссию – 44%.

Более 40% больных ранним аксСПА ремиссию достигают на фоне приема НПВП.

ГИПЕРУРИКЕМИЯ И ОСОБЕННОСТИ КОМПОЗИЦИОННОГО СОСТАВА ТЕЛА У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ С ИБС

Тополянская С.В.^{1,2}, Елисеева Т.А.²,
Вакуленко О.Н.², Дворецкий Л.И.¹

¹Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова,

²Госпиталь для ветеранов войн №3,
Москва

Введение. Данных о влиянии мочевой кислоты на композиционный состав тела долгожителей с ишемической болезнью сердца (ИБС) нет, поэтому мы оценили взаимосвязь между мочевой кислотой и показателями состава тела у таких больных.

Материал и методы. 136 больных в возрасте от 90 до 106 лет, госпитализированных с диагнозом ИБС (женщин – 70,9%, мужчин – 29,1%). Композиционный состав тела анализировали с помощью двух-энергетической рентгеновской абсорбциометрии.

Результаты. У 40,4% больных отмечалась гиперурикемия, у 59,6% – нормальный уровень мочевой кислоты в крови. Средняя концентрация мочевой кислоты составила 362,5+111,1 мкмоль/л с колебаниями от 124 до 712 мкмоль/л. 70,3% пациентов имели избыточную массу тела или ожирение. Средний индекс массы тела составил 27,6 (18,2-38,8) кг/м². Содержание жировой ткани у женщин было больше, чем у мужчин: общий жир – 39,8% и 30,0% (p<0,0001), жир нижних конечностей – 42,4% и 27,4%, соответственно (p<0,0001). Наибольшая минеральная плотность костной ткани (МПКТ) зарегистрирована в поясничном отделе позвоночника (1005,6+190,6 мг/см³), наименьшая МПКТ – в ребрах (626,2+83,9 мг/см³). Как и ожидалось, у женщин МПКТ была меньше во всех участках тела (p<0,0001). Среднее содержание тощей ткани у женщин составило 38,4 кг, у мужчин – 48,8 кг (p<0,000001). Скелетно-мышечный индекс оставался в пределах нормы у 77,2% и был ниже нормы у 22,8%. У пациентов с гиперурикемией было выше содержание общего жира (26,4 и 20,1 кг, соответственно, p=0,000006), жира в туловище (15,3 и 11,5 кг, p=0,00002), жира в нижних конечностях (7,98 и 6,42 кг, p=0,0005) и жира в верхних конечностях (2,32 и 1,67, p=0,00002), по сравнению с больными с нормальной концентрацией мочевой кислоты. Выявлены значимые положительные корреляции между уровнем мочевой кислоты и жировой массой: для общего жира – r=0,37, p=0,00001, для жира в туловище – r=0,41, p=0,000001, для жира в нижних конечностях – r=0,32, p=0,03, для жира в верхних конечностях – r=0,30, p=0,0004. Кроме того, были зарегистрированы значимые корреляции между концентрацией мочевой кислоты и соотношением жира в туловище к общему жиру (r=0,26, p=0,001 для положительной корреляции) и соотношением жира в нижних конечностях к общему жиру (r=-0,24, p=0,005 для обратной корреляции). Также выявлены положительные корреляции между уровнем мочевой кислоты и МПКТ: для общей МПКТ – r=0,24, p=0,004, для МПКТ верхних конечностей – r=0,28, p=0,0008, для МПКТ нижних конечностей – r=0,23, p=0,007; для МПКТ туловища – r=0,31, p=0,0003, для МПКТ ребер – r=0,26, p=0,001, для МПКТ костей таза – r=0,28, p=0,0009 и МПКТ позвоночника – r=0,29, p=0,0006. У женщин с гиперурикемией МПКТ была выше в костях туловища (818 и 779 мг/см³, соответственно, p=0,03) и в костях таза (907 и 855 мг/см³, p=0,02), чем у женщин с нормальным уровнем мочевой кислоты, однако у мужчин таких различий не наблюдалось. В общей группе больных различий по тощей массе между па-

циентами с повышенным и нормальным уровнем мочевой кислоты не было (p=0,6-0,7). Но у женщин с гиперурикемией было больше тощей ткани в целом (38,5 и 37,4 кг, p=0,04), тощей ткани в туловище (20,9 и 19,7 кг, p=0,03) и тощей ткани в верхних конечностях (3,8 и 3,5 кг, p=0,02), чем у женщин с нормальным содержанием мочевой кислоты. Выявлены значимые положительные корреляции между уровнем мочевой кислоты и содержанием тощей ткани: для общей массы тощей ткани – r=0,23, p=0,007, для тощей ткани туловища – r=0,21, p=0,01, для тощей ткани нижних конечностей – r=0,22, p=0,01, для тощей ткани верхних конечностей – r=0,22, p=0,009.

Выводы. Результаты исследования показали наличие связи мочевой кислоты с некоторыми параметрами состава тела у больных ИБС в возрасте 90 лет и старше. Целесообразны дальнейшие исследования для выяснения патогенетических механизмов этих взаимоотношений.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА У ПАЦИЕНТОВ, ПРОЛЕЧЕННЫХ СОГЛАСНО СТРАТЕГИИ «ЛЕЧЕНИЕ ДО ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ» НА РАННЕЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

Тремаскина П.О., Сухина А.В.,
Логинова Е.Ю., Коротаева Т.В., Глухова С.И.,
Воробьева Л.Д., Чамурлиева М.Н.

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

Псориатический артрит (ПсА) – это хроническое ревматическое воспалительное заболевание, часто приводящее к структурным повреждениям, таким как анкилоз, эрозии и деформации суставов. Несмотря на клиническое улучшение при лечении согласно стратегии treat-to-target (T2T), отмечается увеличение пациентов с эрозивным поражением кистей и стоп. В настоящее время не представлено данных о долгосрочном влиянии стратегии T2T на рентгенологическое прогрессирование.

Цель исследования. Оценить рентгенологическое прогрессирование у пациентов с ПсА, лечившихся согласно стратегии «Лечение до достижения цели» на ранней стадии заболевания спустя 6 лет наблюдения.

Материалы и методы. Обследовано 30 пациентов (17 мужчин и 13 женщин) с ПсА, соответствующих

критериям CASPAR, средний возраст $44,7 \pm 11,4$ лет, медиана (Me) длительности ПсА 78,5 [66;95] месяцев (мес), Me наблюдения 71 [60;86] мес, Me DAPSA 24 [7;45]. Пациенты наблюдались на ранней стадии ПсА (до 2х лет) согласно стратегии T2T в течение 24 мес. После прекращения исследования T2T все пациенты получили лечение в зависимости от активности ПсА и рекомендаций лечащего врача. Спустя 6 лет все пациенты прошли стандартное ревматологическое клиническое обследование. Рентгенография дистальных отделов кистей и стоп была доступна для 26 из 30 пациентов в дебюте заболевания и спустя 6 лет наблюдения. Рентгеновские снимки оценивались двумя независимыми рентгенологами на основании количественного метода m-Sharp/van der Heijde, модифицированного для ПсА. Общий счет (ОС) m-Sharp/van der Heijde (m-v-d-HS) складывался из счета эрозий (СЭ) и счета сужения щелей (ССЩ). Результаты представлены в виде: $M \pm SD$, Me [Q25; Q75], Me (Min-Max), тест Манна-Уитни. Значения $p < 0,05$ принимались за статистически значимые.

Результаты. Через 6 лет наблюдения у 26 пациентов выявлено значимое увеличение показателей - m-v-d-HS ОС с 34 (0-104) до 50 (6-253), $p=0,006$; ССЩ с 34 (0-97) до 50 (6-127), $p=0,011$, СЭ с 0 (0-13) до 4 (0-128), соответственно. У 19 из 26 пациентов выявлена отрицательная динамика рентгенологического прогрессирования кистей и стоп по ОС, СЭ и ССЩ (для всех $p < 0,05$). У 7 из 26 пациентов не выявлена рентгенологическая динамика.

Выводы. Несмотря на лечение и наблюдение согласно стратегии T2T в течение 2 лет, у большинства пациентов в долгосрочной перспективе наблюдаются эрозии суставов и отрицательная рентгенологическая динамика.

ЛАБОРАТОРНЫЕ МАРКЕРЫ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ИХ КОРРЕЛЯЦИЯ С ТЯЖЕСТЬЮ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Тучин И.А.^{1,2}, Мазуренко С.О.^{1,2}, Головкин Н.В.²,
Тучина А.И.¹

¹Санкт-Петербургский государственный университет,

²Городская больница

Святого Великомученика Георгия,
Санкт-Петербург

Цель. Оценить взаимосвязь лабораторных, рентгенологических и клинических проявлений новой коронавирусной инфекции

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 100 медицинских карт пациентов,

проходивших лечение в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городская больница Святого Великомученика Георгия» с подтвержденным диагнозом новая коронавирусная инфекция. Пациентам выполнено объективное, лабораторное и инструментальное обследование. Выполнен статистический анализ рентгенологических, лабораторных показателей в зависимости от тяжести течения инфекции.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов составил $63,5 \pm 15,5$ лет. В настоящем исследовании не получено статистически значимых гендерных различий, при оценке возрастных особенностей не получено убедительной статистической разницы. Медиана степени вовлечения легочной ткани при среднетяжелом течении составила 32 (12-78)%, а при тяжелом 56 (25-85)%. При этом установлена сильная корреляционная связь между степенью тяжести и объемом поражения паренхимы ($p < 0,01$). При легком течении новой коронавирусной инфекции не установлено статистически значимых отклонений в клинических анализах крови. Проводя статистический анализ гематологических показателей пациентов установлено, что имеет место сильная отрицательная корреляционная связь между степенью тяжести течения заболевания и уровнем лимфоцитов в периферической крови ($p < 0,05$), при этом, общий уровень лейкоцитов находится в прямой связи средней силы от тяжести течения коронавирусной инфекции ($p < 0,01$). Стоит отметить, что в результате анализа не обнаружено достоверного влияния на уровень эритроцитов, гемоглобина и тромбоцитов. В литературных источниках описываются случаи развития тромбоцитопении у пациентов с новой коронавирусной инфекцией. Не получено также статистически значимых изменений в коагулограмме у анализируемой группы пациентов. Установлена корреляционная средней силы между уровнем С-реактивного белка и степенью тяжестью течения заболевания ($p < 0,05$). Установленные корреляционные связи не позволяют в полной мере спланировать тактику ведения пациента и прогнозировать течение заболевания, построение лечебно-диагностической схемы должно основываться на комплексной клинико-лабораторно и инструментальной оценке пациента. Полученные в результате исследования данные соответствуют полученным данным других исследователей. Ряд авторов указывают, что повышение уровня нейтрофилов и СРБ связано с присоединением вторичной бактериальной инфекции. Отсутствие значимых лабораторных изменений у пациентов с легким течением новой коронавирусной инфекции и минимальным поражением легочной ткани по данным компьютерной томографии косвенно свидетельствует об отсутствии вторичной бактериальной инфекции.

Выводы. В результате проведенного анализа данных установлена достоверная, сильная отрицательная корреляционная связь между степенью тяжести течения заболевания и уровнем лимфоцитов, выраженностью инфильтративных изменений по данным компьютерной томографии; также выявлена положительная корреляция средней силы между уровнем С-реактивного белка и тяжестью поражения легочной паренхимы.

ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРЕНОСЕННОЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Тучин И.А.^{1,2}, Мазуренко С.О.^{1,2}, Тучина А.И.¹

¹Санкт-Петербургский государственный университет,

²Городская больница

Святого Великомученика Георгия,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Провести литературный анализ патогенетических механизмов и клинических проявлений постковидного синдрома

Материалы и методы. Проанализированы публикации, связанные с постковидным синдромом за 2020-2021 г.

Результаты. Постковидный синдром характеризуется полиморфностью проявлений, ассоциированными с поражением всех органов и систем организма. Независимо от степени тяжести у пациентов формируются фиброзные изменения в органах и тканях, в частности легких, миокарде, головном мозге. Вклад в развитие постковидного синдрома вносят имевшиеся хронические соматические заболевания, проводимое лечение, а также цитопатическое действие вируса. По данным оперативного штаба Правительства Российской Федерации на 28 января 2022 года с начала пандемии на территории РФ было выявлено 12 128 796 случаев заболевания, 10 337 008 человек выздоровело, 332 690 человека умерло, при этом инцидентность остается на высоком уровне. Согласно данным Национального Института Повышения Квалификации в области Здравоохранения и Медицинского Обслуживания (NICE) следует различать острую форму COVID-19: признаки и симптомы COVID-19 сохраняются до 4 недель; сохраняющаяся симптоматическая инфекция COVID-19: признаки и симптомы COVID-19 длятся от 4 до 12 недель; постковидный синдром: признаки и симптомы развиваются во время или после инфицирования COVID-19, продолжают более 12 недель и не могут быть объяснены другим диагнозом.

В настоящее время в Международную классификацию болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) был введен специальный код в XXII классе – U09.9 Состояние после COVID-19 неуточненное. По данным литературного анализа, последствия перенесенной новой коронавирусной инфекции складываются из трех составляющих – 1) обострение имевшихся хронических заболеваний, 2) новые состояния, обусловленные цитопатическим действием вируса, эндотелиальной дисфункцией, повышенным уровнем интерлейкина 6, 3) действие лекарственных препаратов, применяемых при лечении COVID-19 инфекции (биологические препараты, высокие дозы гормонов). При анализе литературных источников было установлено многообразие клинических проявлений постковидного синдрома. В исследовании Amenta EM et al, 2020, предложила классифицировать проявления постковидного синдрома на три группы: 1. остаточные симптомы, которые сохраняются после выздоровления от острой инфекции; 2. органная дисфункция, которая сохраняется после первоначального выздоровления; 3. новые симптомы или синдромы, которые развиваются после первоначальной бессимптомной или легкой инфекции.

Выводы. В настоящее время долгосрочный прогноз пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию независимо от степени тяжести, остается неясным. Постковидный синдром характеризуется полиморфностью проявлений, ассоциированными с поражением органов и систем организма. До данным ряда авторов данное состояние развивается до 12 недель после реконвалесценции. Независимо от степени тяжести у пациентов формируются фиброзные изменения в органах и тканях, в частности легких, миокарде, головном мозге. Вклад в развитие постковидного синдрома вносят имевшиеся хронические соматические заболевания, проводимое лечение, а также цитопатическое действие вируса, эндотелиальная дисфункция, повышенный уровень интерлейкина-6.

ВЛИЯНИЕ COVID-19-ИНФЕКЦИИ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЗАТРОНУТЫХ ПАНДЕМИЕЙ ЛИЦ

Улюкин И.М., Сечин А.А., Орлова Е.С.

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

Цель исследования. Анализ вопросов психического здоровья у пораженных COVID-19-инфекцией.

Материалы и методы. Обзор литературы по вопросам острого стрессового расстройства у пора-

женных COVID-19-инфекцией, содержащейся в открытых отечественных и зарубежных базах данных.

Результаты и обсуждение. Считается, что пандемическое (в ответ на пандемию – в настоящей работе, на пандемию COVID-19-инфекции) острое стрессовое расстройство, хотя и является неизбежным бегством и защитной реакцией, может быть причинно связано как с внезапным стрессором с невообразимыми последствиями, так и со стрессором, запускающим каскад событий, ведущих к прогрессирующему разрушению, которое индивидум не в состоянии остановить, сопротивляться или избежать. Масштабы болезненных переживаний варьируются от становления жертвой инфекции с непосредственной угрозой для жизни, непосредственного свидетеля такого события, пребывания в группе особого риска в результате контакта с инфекцией с рядом эпидемических последствия (пребывание в карантине), столкновение с информацией о смерти или угрозе смерти среди самых близких людей. К травматическим переживаниям относят также длительное воздействие повсеместно вводимых санитарно-эпидемических правил, ограничивающих свободу действий, доступ к товарам и услугам, медицинскую помощь при не-пандемических заболеваниях (в частности, ограничение личного терапевтического / психотерапевтического контакта для лиц, страдающих первичными психическими расстройствами). Полагают, что наиболее характерной чертой клинической картины острого стрессового расстройства, вызванного COVID-19-пандемией, является длительная тревожная реакция и неспособность оторваться от перманентной травмы (например, сенсационной дезинформации, передаваемой, в частности, через социальные сети); отмечен и длительный период страха и чувство беспомощности, в крайних случаях – состояние паники, отчаяния и безысходности.

Выводы. Внимание людей на фоне текущей пандемии сосредоточено в основном на одной проблеме – опасном заболевании (в частности, боязнь заразить себя и свою семью; повышенная готовность к агрессивному поведению (повышенная бдительность и агрессивное реагирование на нейтральные раздражители; гнев, вербальная агрессия, умственная усталость; неспособность смириться с утратой своего образа жизни, ценностей и благ; страх потерять основу существования из-за ограниченных возможностей заработка). На этот фон наслаиваются навязчивые личные воспоминания и передаваемые через электронные носители повторяющиеся сведения об эпидемической угрозе; повторяющиеся диссоциативные реакции, связанные с ощущением нереальности угрозы, полностью изменившие статус человека, ритм повседневной жизни и планы на будущее; постоянное чувство страдания. Имеющи-

еся признаки расстройства настроения в основном проявляются в грусти, неспособности выражать радость, удовлетворение, неумении выражать положительные чувства, в дальнейшем возможно появление спектра депрессивных нарушений. Общее негативное состояние здоровья, связанное с текущими трудностями лечения ранее существовавших соматических состояний, предполагаемая угроза вирусной инфекции для лиц, входящих в группу риска (находящиеся на карантине, работающие с повышенным риском контакта с инфицированными людьми), могут влиять на повышенный риск саморазрушающего поведения и суицидальных мыслей / суицидов, что требует активного медико-психологического сопровождения лиц, в той или иной степени затронутых пандемией COVID-19-инфекцией.

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ И СВЯЗИ СИНОВИАЛЬНОГО И ЭНТЕЗЕАЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТЕ

Файрушина И.Ф.^{1,2}, Кириллова Э.Р.^{1,2},
Абдулганиева Д.И.^{1,2}

¹Казанский государственный
медицинский университет,

²Республиканская клиническая больница,
г. Казань

Цель исследования. Изучить связь между суставным и энтезеальным воспалением у пациентов с псориатическим артритом (ПсА) при клиническом обследовании и ультразвуковом исследовании (УЗИ) суставов и энтезисов.

Материалы и методы. В исследование было включено 92 пациента с ПсА (CASPAR, 2006) от 18 до 60 лет, среди которых было 50 (54,3%) женщин. Средний возраст пациентов составил 43 (35,5; 50) лет, длительность ПсА – 7 (2; 11,8) лет, DAPSA – 15,2 (10,2; 21,4), PASI – 3,8 (1,2; 9,6), ИМТ 26,4 (23,7; 30,4) кг/м².

При клиническом обследовании оценивались следующие параметры: число припухших суставов (ЧПС/14), число болезненных суставов (ЧБС/14), число болезненных энтезисов/54 (ЧБЭ), индексы энтезита (LEI, MASES, SPARCC). Также проводилась визуализация крупных суставов верхних и нижних конечностей и энтезисов в их проекции (54 у каждого пациента) с определением числа энтезитов (гипоэхогенность и утолщение энтезиса) и числа синовитов с помощью серой шкалы; определялось число васкуляризированных энтезитов (ЧВЭ) и синовитов (ЧВС) с применением энергетического доплера.

Статистический анализ включал методы описательной статистики и расчет коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Значения $p < 0,05$ считались статистически значимыми.

Результаты и обсуждение. Было обследовано 1288 суставов и 4968 энтезисов.

При сопоставлении УЗ и клинических данных суставного поражения было обнаружено, что частота клинических проявлений суставного синдрома в виде ЧПС/14 (58/1288) и ЧБС/14 (145/1288) составила 4,5% и 11,3%, соответственно, что было достоверно ниже, чем ЧС по данным УЗИ (17,7%, 228/1288) ($p < 0,001$ для ЧПС/14 и $p < 0,001$ для ЧБС/14).

Также было обнаружено, что частота клинического энтезита составила 7,7% (ЧБЭ, 381/4968) против 13,3% по данным УЗИ (число энтезисов, 661/4968), что было достоверно ниже ($p < 0,001$).

При оценке связи суставного синдрома и энтезита было обнаружено, что ЧБС/14 коррелировало с числом болезненных энтезисов ($r = 0,567$, $p < 0,01$), индексами энтезисов LEI ($r = 0,429$, $p < 0,01$), MASES ($r = 0,558$, $p < 0,01$) и SPARCC ($r = 0,517$, $p < 0,01$); подобные связи были обнаружены и с ЧПС/14 - с ЧБЭ ($r = 0,411$, $p < 0,01$), LEI ($r = 0,312$, $p < 0,01$), MASES ($r = 0,247$, $p < 0,01$), SPARCC ($r = 0,389$, $p < 0,01$).

Среди данных, выявленных с помощью УЗИ, была обнаружена связь числа синоцитов с числом энтезисов ($r = 0,303$, $p < 0,01$). Другие суставные и энтезисальные параметры не продемонстрировали статистически значимую связь по данным УЗИ ($p > 0,05$).

Выводы. Результаты исследования говорят о высокой частоте субклинического течения энтезисов и синоцитов. Установленная связь между синоцитами и энтезитами по данным клинического обследования и УЗИ свидетельствует в пользу теории о связи воспаления в энтезисе и синовиальной оболочке суставов, что требует прицельной оценки энтезисов в проекции сустава с синоцитом по данным УЗИ и оценки клинического энтезита при наличии болезненного или припухшего сустава.

ВЕРИФИКАЦИЯ ТИПОВ И ПОДТИПОВ БОЛЕЗНИ ВИЛЛЕБРАНДА С ПОМОЩЬЮ ЛАБОРАТОРНЫХ ТЕСТОВ

Федорова А.В., Сивенкова В.Р., Мишина А.М.
Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького,
г. Донецк, ДНР

Болезнь Виллебранда (БВ) – самое распространенное заболевание среди геморрагических ди-

атезов, которое характеризуется дефицитом или нарушением функции фактора Виллебранда (ФВ). ФВ – сложный коагуляционный белок, необходимый для адгезии тромбоцитов с коллагеновыми волокнами субэндотелия, и связывания с фактором VIII (FVIII) защищая его от преждевременного разрушения.

Существуют явные проблемы в диагностике БВ из-за выраженной многообразности клинических проявлений заболевания. Оценка распространенности БВ разнится в зависимости от подхода к диагнозу.

Частота встречаемости БВ на сегодняшний день точно неизвестна. Присутствует некоторая статистика по числу заболеваний, которая охватывает в том числе и Россию, и эти цифры варьируют от 0,6% до 2%. Согласно многим исследованиям БВ у женщин встречается чаще нежели у мужчин. Референтные значения ФВ: группа крови 0 (% от нормы) 46,3-145,6; другие группы крови (% от нормы) 61,4-179,1; вне зависимости от группы крови (% от нормы) 47,8-173,2.

Лабораторная диагностика БВ состоит из таких базовых тестов: исследование количества (антигена) ФВ (VWF: Ag); ристоцитин-кофакторной активности ФВ (VWF: RCo); активности фактора VIII (FVIII:C); ристоцетин-индуцированная агрегация тромбоцитов (RIPA); коллаген связывающая активность ФВ (VWF: CB); фактор-VIII-связывающая активность ФВ (VWF: FVIIIb), а также определение мультимерности ФВ.

Существует международная классификация БВ предложенная комитетом по науке и стандартизации при Международном обществе по проблемам тромбоза и гемостаза (International Society on Thrombosis and Haemostasis – ISTH):

Тип 1 – частичный дефицит VWF: Ag; уровень фактора VIII нормальный или сниженный, в зависимости от степени снижения VWF: Ag, распределение мультимеров в норме. Частота составляет 75% от всех случаев заболевания БВ.

Тип 2 – качественные изменения VWF, включает подтипы: 2A, 2B, 2M, 2N.

2A – отсутствие только высокомолекулярных мультимеров ФВ, повышенное разрушение ФВ протеазой ADAMTS13. Встречается в 10-15% случаев. 2B – высокая аффинность ФВ к рецепторам GPIIb тромбоцитов, избыточное связывание ФВ с тромбоцитами. Важно определять агрегацию тромбоцитов в плазме больного (RIPA) именно с низкими концентрациями ристоцетина (0,6 мкг/мл), присутствие «гиперактивного» ответа. Частота встречаемости менее 5%. 2M – нормальное содержание антигена VWF: Ag и мультимерной структуры, но имеется снижение ристоцетин-кофакторной активности VWF: RCo. Редкие случаи встречаемости. 2N

– снижение фактор-VIII-связывающей активности ФВ (VWF: FVIII), соответственно определяется и низкий уровень FVIII. Данный вариант встречается в единичных случаях, его обязательно дифференцируют с легкой формой гемофилии А.

Тип 3 – наиболее тяжелая форма и самый редкий тип БВ – 5%. Практически полный дефицит ФВ с низкой активностью FVIII: С.

ФВ и FVIII являются протеинами острой фазы, поэтому их уровень в плазме может сильно различаться в зависимости от ряда внешних причин, включая стресс, физическую нагрузку, фазу менструального цикла, прием гормонов и беременность. Генетические факторы, включая группу крови, могут существенно влиять на уровни ФВ и FVIII в плазме. Поэтому при подозрении на БВ необходимо неоднократно (динамическое) лабораторное определение базисных тестов.

ОЦЕНКА ВОЗДЕЙСТВИЯ БАЗИСНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА СОСТОЯНИЕ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ СО СПОНДИЛОАРТРИТАМИ И РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Федорович С.Е.

Белорусский государственный
медицинский университет,
Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Оценить характер воздействия базисных противовоспалительных лекарственных средств (БПВЛС), в частности, метотрексата, на систему органов дыхания у пациентов со спондилоартритами (СПА) и ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы. В исследовании приняли участие 172 пациента со СПА и РА. Состояние дыхательной системы оценивали при проведении компьютерной томографии органов грудной клетки (КТ ОГК), исследования ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ1. КТ ОГК выполнили 169 пациентов, исследование ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ1 выполнили 165 пациентов. Сравнительный анализ состояния органов дыхания проводили между группами пациентов, которые принимали метотрексат, и которые не принимали никаких БПВЛС. Группы пациентов были сравнимы по полу, возрасту, длительности предшествующего приема метотрексата или отсутствия приема БПВЛС. Статистическую обработку данных проводили в пакете прикладных программ Статистика 10.

Результаты. Среди пациентов со СПА (n=82) метотрексат принимали 18,3% пациентов (n=15), никаких БПВЛС не принимали 22,0% пациентов (n=18). Среди пациентов с РА (n=90) метотрексат принимали 38,9% пациентов (n=35), никаких БПВЛС не принимали 20,0% пациентов (n=18). Поражения легких по результатам КТ ОГК были обнаружены у 77,5% пациентов со СПА (62 пациента из 80) и 90,0% пациентов с РА (80 пациента из 89). К поражениям легких относили поражения бронхов (утолщения стенок бронхов, бронхоэктазы), поражения плевры (плевропульмональные тяжи, плевральные наложения, утолщения плевры), различные варианты поражения паренхимы легких (эмфизема, зоны фиброза, узелки, поражения интерстиция, плотности по типу «матового стекла», полости распада в легких). У пациентов со СПА не отмечалось различий между группой пациентов, принимающих метотрексат, и группой пациентов, не принимающих БПВЛС, по частоте обнаружения поражений легких (F=1,21; p=0,254). А в группе пациентов с РА было обнаружено, что все пациенты, которые не принимали БПВЛС, значимо чаще, в 100% случаев, имели какие-либо поражения легких в сравнении с пациентами, которые принимали метотрексат (100% к 77,1%; F=4,59; p=0,031).

При оценке воздействия БПВЛС на функциональное состояние системы органов дыхания было обнаружено, что в группе пациентов со СПА, принимающих метотрексат, значения ЖЕЛ были значимо выше, чем у пациентов, не принимающих никаких БПВЛС (n=15/17): 98,0 (85,0-102,0) к 75,0 (68,0-86,0); U=72,5; p=0,040. В группе пациентов с РА, принимающих метотрексат, значимо выше были значения ЖЕЛ и ФЖЕЛ в сравнении с группой пациентов, не принимающих никаких БПВЛС (n=34/16). Значения ЖЕЛ: 100,5 (92,0-112,0) к 86,5 (58,0-94,5); U=121,0; p=0,002. Значения ФЖЕЛ: 102,0 (90,0-114,0) к 84,5 (70,5-101,5); U=130,5; p=0,003.

Выводы. Поражения легких по данным КТ ОГК обнаружены у 77,5% пациентов со СПА и 90,0% пациентов с РА.

У пациентов с РА, которые принимают метотрексат, поражения легких обнаружены в 77,1% случаев, в то время, как у пациентов, которые не принимают БПВЛС, поражения легких присутствуют в 100% случаев, данные различия являются статистически значимыми.

У пациентов со СПА или РА, которые принимают метотрексат, обнаружены значимо более высокие показатели ЖЕЛ и ФЖЕЛ в сравнении с пациентами, которые не принимают БПВЛС. Это может свидетельствовать о положительном воздействии метотрексата на состояние дыхательной системы при СПА и РА.

РОЛЬ СПЕКТРАЛЬНОЙ ТУССОФОНОБАРОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Фейгельман С.Н., Овсянников Е.С.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и бронхиальная астма (БА) являются широко распространенными заболеваниями, требуют четкой дифференциальной диагностики.

Цель исследования. Разработать критерии дифференциальной диагностики ХОБЛ и БА с применением метода спектральной туссофонобарографии (СТФБГ).

Материалы и методы. Обследованы 68 больных с ХОБЛ (клиническая группа В) (40 мужчины и 28 женщин, средний возраст $64,3 \pm 12,5$ лет) и 46 больных с БА средней тяжести частично контролируемой (26 женщины и 20 мужчин, средний возраст $48,5 \pm 14,5$ лет). Помимо общеклинических методов обследования всем пациентам проводили исследование звуков кашля с помощью спектральной туссофонобарографии (СТФБГ), представляющей собой компьютерный спектральный анализ звуков кашля, основанный на алгоритме быстрого преобразования Фурье. Оценивали временно-частотные параметры: общую продолжительность кашля, продолжительность каждой фазы в отдельности и распределение спектральной энергии по диапазонам частот.

Результаты и обсуждение. Отличительной особенностью звуков кашля больных ХОБЛ являлось преобладание энергии средних частот во 2-ой фазе, по сравнению с кашлем больных БА, для которого характерна большая доля энергии высоких частот; а также различная ответная реакция на воздействие ингаляционных бронходилататоров: у больных БА происходит достоверное уменьшение продолжительности кашля за счет 2-й фазы, при ХОБЛ же продолжительность 2-й фазы остается неизменной; у больных БА происходит смещение частот в зону низких, а у больных ХОБЛ наоборот, происходит перераспределение частот в зону более высоких.

Выводы. Таким образом, критериями дифференциальной диагностики ХОБЛ и БА являются динамические изменения продолжительности 2-ой фазы и частотного распределения звуков кашля, исследуемые с помощью СТФБГ при проведении бронходилатационного теста.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ СИСТЕМНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И СТРУКТУРНОЙ ГЕОМЕТРИЕЙ МИОКАРДА

Фейсханова Л.И.
Казанский государственный
медицинский университет,
г. Казань

В последние годы хронические воспалительные заболевания, в том числе ревматоидный артрит (РА), воспринимаются независимыми факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний. Помимо влияния на развитие атеросклероза, ревматические заболевания сопровождаются изменениями в миокарде.

Цель. Определить взаимосвязь между системными проявлениями РА и структурными изменениями сердца.

Материал и методы. Обследовано 282 пациента (240 женщин и 42 мужчины) с верифицированным РА. Всем пациентам, помимо стандартных диагностических исследований, выполнялась эхокардиография с тканевой доплерографией миокарда.

Результаты. У 146 пациентов (51,8%) было выявлено структурно-геометрическое ремоделирование сердца, из которых концентрическое ремоделирование – у 29 человек, концентрическая гипертрофия – у 35, а наиболее часто, у 82 человек, – эксцентрическая гипертрофия. Средний возраст составил $57,9 \pm 8,55$ лет в группе с ремоделированием сердца и $47,2 \pm 11,92$ лет у лиц с нормальной геометрией сердца, соответственно ($p < 0,0001$). Среди 136 пациентов (48,2%) с нормальной геометрией сердца 39 человек страдали артериальной гипертензией, 79 пациентов имели различные системные проявления ревматоидного артрита (синдром Шегрена, ревматоидные узелки и/или криоглобулинемия). Среди лиц с ремоделированием сердца артериальная гипертензия диагностировалась чаще – у 107 человек ($p < 0,0001$), а системные проявления ревматоидного артрита – у 87 пациентов ($p < 0,1$). Было проведено сравнение между группой с эксцентрической гипертрофией (82 чел.) и объединенной группой пациентов с концентрическим ремоделированием и концентрической гипертрофией (64 чел.). В первой группе возраст был выше и составил $58,6 \pm 8,52$ лет, а во второй – $57,2 \pm 7,96$ лет ($p < 0,05$). В первой группе системные внесуставные проявления ревматоидного артрита были обнаружены у 56 лиц (68,3%), а во второй – у 33 человек (51,6%) ($p = 0,04$).

Стоит отметить, что во второй группе наибольший вклад внесли пациенты с концентрической гипертрофией: из 35 человек системные проявления ревматоидного артрита были выявлены у 23 человек

(65,7%), что сопоставимо с частотой среди лиц с эксцентрической гипертрофией. В связи с этим, с исследовательской целью нами были объединены лица с нормальной геометрией и концентрическим ремоделированием в одну группу (165 человек), а пациенты с концентрической и эксцентрической гипертрофией – в другую группу (117 человек). При сравнении было обнаружено, что вне зависимости от типа гипертрофии миокарда эти лица достоверно чаще страдают от системных проявлений ревматоидного артрита: 53,9% и 67,5%, соответственно ($p=0,02$).

Вывод. Следовательно, в целом можно заключить, что формирование гипертрофии миокарда у пациентов с ревматоидным артритом ассоциируется с более частым развитием внесуставных проявлений этого заболевания.

ВЗАИМОСВЯЗЬ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА И ПРЕДИКТОРОВ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Фейсханова Л.И.

Казанский государственный
медицинский университет,
г. Казань

Ревматоидный артрит (РА) – это системное аутоиммунное заболевание, обладающее высоким кардиоваскулярным риском, повышая частоту развития ИБС, желудочковых аритмий и внезапной сердечной смерти (ВСС). Ежегодная частота ВСС среди населения в целом составляет 0,2%, а у пациентов с РА вероятность ее развития вдвое выше, чем у здоровых людей. Одними из известных предикторов развития ВСС являются дисперсия интервала QT и альтернация зубца T.

Цель. Оценить наличие предикторов внезапной сердечной смерти в зависимости от особенностей ремоделирования миокарда у пациентов с РА.

Материал и методы. Было обследовано 282 пациента с верифицированным РА, из них 240 женщин и 42 мужчин. Всем пациентам проводились стандартные лабораторные и инструментальные диагностические исследования. Помимо этого, проводились электрокардиография с вычислением дисперсии интервала QT и определением альтернации зубца T, двухмерная трансторакальная эхокардиография с тканевой доплерографией миокарда.

Результаты. Проведение тканевой доплерографии в совокупности с двухмерной эхокардиографией позволило нам выделить пациентов с диастолической дисфункцией миокарда и сформировать

следующие подгруппы: 1 – с нормальной геометрией сердца и без диастолической дисфункции миокарда (91 чел.), 2 – с нормальной геометрией сердца и с диастолической дисфункцией (45 чел.), 3 – со структурно-геометрическим ремоделированием сердца и без диастолической дисфункции миокарда (73 чел.), 4 – со структурно-геометрическим ремоделированием сердца и с диастолической дисфункцией (73 чел.).

Обе подгруппы пациентов с ревматоидным артритом, у которых имелось структурно-геометрическое ремоделирование сердца, практически не отличались по возрасту. Но в подгруппе с диастолической дисфункцией достоверно чаще обнаруживалась высокая дисперсия интервала QT, чем среди лиц без дисфункции миокарда, 54,8 и 38,4%, соответственно ($p<0,05$). Таким образом, развитие диастолической дисфункции при измененной геометрии сердца чаще сопровождается увеличением дисперсии интервала QT, являющейся предиктором внезапной смерти у лиц с сердечной недостаточностью.

В связи с этим, нами было проведено сравнение между лицами с высокой дисперсией интервала QT (1-я подгруппа – 139 чел.) и без таковой (2 подгруппа – 143 чел.). Мы не получили достоверных различий между подгруппами по распространенности структурно-геометрического ремоделирования миокарда (51,8% и 51,7%, соответственно), гипертрофии левого желудочка (40,3% и 42,7%, соответственно) и диастолической дисфункции (45,3% и 38,5%, соответственно). Однако в группе с высокой дисперсией интервала QT чаще регистрировалась альтернация зубца T: 55,6% и 29,3%, соответственно ($p=0,0001$).

Выводы. Наличие диастолической дисфункции у пациентов с ремоделированием сердца на фоне ревматоидного артрита сопровождается увеличением дисперсии интервала QT, которая, в свою очередь, ассоциируется с более частым возникновением альтернации зубца T. Поэтому пациенты с диастолической дисфункцией и ремоделированием миокарда на фоне РА относятся к категории повышенного риска ВСС.

УСТАЛОСТЬ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ВЗАИМОСВЯЗИ

Феклистов А.Ю.

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

Цель исследования. Изучить распространенность усталости при РА, определить взаимосвязи усталости, падений и воспалительной активности РА.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование были включены 62 женщины, 40-70 лет с достоверным РА, (по критериям Американского колледжа ревматологов (АКР)). Медиана возраста пациентов составила 56 [50;63] лет. Активность РА определялась с помощью индекса DAS28. Медиана DAS 28 у пациентов с РА составила 4,6 [3,61;5,4]. Усталость определялась по шкале FACIT-Fatigue (FACIT-F): >40 баллов – усталость отсутствовала, 30-40 баллов – умеренная <30 баллов – тяжелая степень усталости. Всем пациентам проводилось анкетирование с заполнением информации о количестве падений за предыдущие 12 месяцев.

Результаты и обсуждения. Выраженность усталости по шкале FACIT-F варьировалась от 7 до 51 балла, медиана данного показателя составила 24,5 [14;31] балла. У 47 (75,8%) пациентов с РА определялась тяжелая усталость, у 13 (20,96%) пациентов – умеренная усталость по шкале FACIT-F и только у 2 (3,24%) участников исследования усталость отсутствовала. Тяжелая степень усталости была ассоциирована с высокой воспалительной активностью РА по индексу DAS 28 $r=-0,37$, $p<0,05$). Кроме этого, в течение 12 месяцев у 12 женщин (19,35%) регистрировалось хотя бы 1 падение. Были обнаружены достоверные взаимосвязи тяжелой степени усталости и падениями в течение 12 месяцев у пациентов с РА ($r=-0,3$, $p<0,05$).

Выводы. По результатам исследования у 96,76% пациентов определялась тяжелая усталость. Клинически выраженная усталость была ассоциирована с высокой воспалительной активностью РА и падениями. Тактика ведения пациентов с РА должна быть направлена на снижение воспалительной активности заболевания, что способствует уменьшению уровня клинической усталости и риска падений.

ВЗАИМОСВЯЗИ БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИИ С АКТИВНОСТЬЮ, КОМОРБИДНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ И РЕЗУЛЬТАТАМИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Фонтуренко А.Ю.^{1,2}, Башкинов Р.А.^{1,2},
Мазуров В.И.^{1,2}, Гайдукова И.З.^{1,2},
Петрова М.С.^{1,2}, Инамова О.В.^{1,2}

¹Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,

²Клиническая ревматологическая больница №25,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить взаимосвязи гиперурикемии (ГУ) с активностью заболевания, ко-

морбидностью, результатами лечения больных ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы. На основании данных регистра ревматологических пациентов г. Санкт-Петербург (01.01.2011-31.12.2021) сформированы три сопоставимые по возрасту и полу группы пациентов: РА с ГУ (n=292, критерии EULAR2010), РА без ГУ (n=292) и подагрический артрит (ПА, n=300). ГУ регистрировали при уровне МК в сыворотке крови ≥ 360 мкмоль/л в ≥ 3 тестах при отсутствии ПА. Вторичная ГУ была исключена. Активность РА измеряли с помощью DAS28. Статистический анализ проводили с помощью пакета программ SPSS 2020.

Результаты. У пациентов с РА и ГУ, РА без ГУ и ПА возраст ($60,53\pm 12,47$, $58,07\pm 13,24$, $57,7\pm 11,85$ г.), число лиц женского пола (86,64, 96,57, 91,67%), длительность заболевания ($3,56\pm 1,58$, $4,13\pm 1,75$, $3,42\pm 2,12$ г.), СОЭ ($29,25\pm 14,67$, $28,22\pm 14,39$, $30,14\pm 14,43$ мм/ч), СРБ ($21,10\pm 20,88$, $23,69\pm 29,93$, $22,48\pm 21,49$ мг/л) и DAS28 ($5,56\pm 1,35$ и $5,553\pm 1,72$) были сопоставимы соответственно. Уменьшение DAS28 через 6 мес. сопоставимого лечения у пациентов с РА и ГУ было менее выражено, чем у пациентов РА без ГУ ($1,09\pm 0,28$ и $1,48\pm 0,35$, соответственно, $p<0,001$). При РА с ГУ и ПА коморбидность была представлена чаще, чем при РА без ГУ ($p<0,0001$ для всех). При РА и ГУ, ПА и РА без ГУ артериальная гипертензия встречалась в 82,82%, 84,7% и 51,14% случаев, фибрилляция предсердий в 8,78, 7,83 и 4,8%, гиперхолестеринемия в 64,5, 42,9 и 34,4%, ожирение в 28,63, 28,41 и 4,96%, предиабет в 17,94, 8,53 и 4,96%, сахарный диабет 2 типа в 25,19, 22,14 и 11,45%, желчнокаменная болезнь в 23,28, 11,54 и 11,07%, неалкогольная жировая болезнь печени в 23,28, 10,6 и 6,49%, мочекаменная болезнь в 37,97, 15,27 и 8,78% и хроническая болезнь почек 1-4 стадий в 70,9, 58,01 и 35,3% случаев соответственно.

Уратснижающую терапию (УСТ) назначали пациентам с РА и ГУ в 4 раза реже, чем больным с ПА. Эффективность УСТ при РА и ГУ в два раза ниже, чем при ПА. Неэффективность УСТ при РА и ГУ составила 76,1%.

Выводы. 1. При ГУ отрицательно влияет на снижение активности РА. 2. ГУ при РА ассоциирована с увеличением встречаемости коморбидных состояний. 3. УСТ назначается пациентам РА и ГУ в 4 раза реже, чем пациентам с ПА и неэффективна в 76,71% случаев. 4. Необходимы дополнительные исследования для оценки влияния нормализации уровня МК в сыворотке крови как фактора, который может улучшить результаты лечения РА и сопутствующей патологии.

ОСОБЕННОСТИ НАТРИЙУРЕЗА ПРИ ГИПЕРВОЛЕМИИ И ПРИМЕНЕНИИ ДИУРЕТИКОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Фролов Д.С.^{1,2}, Мазуренко С.О.², Рубинштейн А.А.¹

¹Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет
имени академика И.П. Павлова,

²Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург

Проанализированы результаты изменений диуретического и натрийуретического ответа на стандартную гиперволемическую нагрузку и введение диуретика у пациентов с хронической сердечной недостаточностью с сохраненной и сниженной фракцией выброса левого желудочка.

Цель исследования. Оценка изменений в натрийуретическом ответе на гиперволемию и введение диуретика у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы. Обследовано 25 мужчин с ХСН, средний возраст 68 (67; 73) лет. Из них 13 пациентов с ХСН и фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) менее 50%, которые составили 1-ю группу исследуемых и 12 пациентов с ХСН с сохраненной ФВ ЛЖ (более 50%), которые вошли во 2-ю группу обследуемых. У всех больных индуцировалась гиперволемия раствором Рингера с последующим введением фуросемида и регистрацией диуреза и натрийуреза.

Результаты и обсуждение. В ходе обследования установлено, что уровень NT-pro-BNP в 1-й группе составил 2000 (1200; 2250) пг/мл, а во 2-й группе – 181,7 (140,6; 222,6) пг/мл ($p < 0,05$), что соответствует более выраженной ХСН при снижении ФВ ЛЖ менее 50%.

При оценке функции почек установлено, что уровень СКФ был значимо ниже у пациентов со снижением ФВ ЛЖ менее 50% и составил 60 (51; 66) мл/мин/1,73 м² против 73 (73; 74) мл/мин/1,73 м² ($p < 0,05$) по сравнению с больными с сохраненной ФВ ЛЖ.

У пациентов с ХСН и снижением ФВ ЛЖ менее 50% отмечается более низкий натрийурез по сравнению с исследуемыми с сохраненной ФВ ЛЖ. У больных с ХСН отмечается разнонаправленная реакция на гиперволемию: если уровень натрия в моче находится на нижней границе нормы у пациентов со снижением ФВ ЛЖ менее 50%, то на фоне стимуляции диуреза натрий начинает интенсивнее выводиться. У больных ХСН с сохраненной ФВ ЛЖ уро-

вень натрия в моче находится на верхней границе нормы и при стимуляции фуросемидом – отмечается уменьшение его выведения. Темпы диуреза у обеих групп были приблизительно одинаковы, значимо нарастали при введении петлевых диуретиков.

Также наблюдалась тенденция ($p = 0,051$) к более низким значениям исходного базового натрийуреза (3 часа), а также натрийуреза на фоне внутривенного введения раствора Рингера (6 часов) у исследуемых 1-ой группы по сравнению со 2-ой, отсутствие статистически значимых различий объясняется, по-видимому, малой выборкой пациентов.

Выводы. При анализе натрийуреза у исследуемых больных установлено, что при одинаковой концентрации сывороточного натрия имеется разнонаправленная реакция на выведение натрия с мочой у обеих групп. При этом темпы диуреза у обеих групп значимо не различались.

ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЛИТТЛА-ЛАССЮЭРА-ПИККАРДИ

Хаббус А.Г., Ключарева С.В., Белова Е.А.,
Тихомирова А.Д.

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

Цель. Цель демонстрации клинического случая: описание ошибок диагностики редкой фолликулярной формы красного плоского лишая – синдрома Литтла-Лассюэра-Пиккарди.

Материалы и методы. Пациентка А., 52 лет обратилась с жалобами на выраженное поредение волос кожи скальпа, сопровождающиеся

Впервые пациентка отметила поредение волос в теменной области, сопровождавшееся шелушением кожи, в январе 2021 года. Лечилась в КВД по месту жительства с диагнозом себорейный дерматит.

Пациентка получала терапию в полном объеме, эффекта от проводимой терапии не отмечала. Показатели клинического и биохимического анализов крови, гормоны щитовидной железы были в пределах референсных интервалов.

Процесс на коже теменно-затылочных области прогрессировал и формировал большие площади поредения волос. В связи с этим в середине марта 2021г. обратилась на повторную консультацию к специалисту. Был поставлен диагноз «Псориаз волосистой части головы», назначен гель с бетаме-

тазоном и кальципотриолом 1 раз в сутки и шампунь с клобетазолом 3 раза в неделю в течение 1 месяца с последующим постепенным уменьшением кратности применения данных лекарственных препаратов. На фоне проводимой терапии в течение 2 месяцев высыпания несколько побледнели, но отмечалось значительное поредение волос в центральной части головы.

В середине мая 2021 года пациентка А. обратилась на прием. Со слов больной в ноябре 2020 года перенесла COVID-19 в средней степени тяжести с поражением легких 36%, уровень оксигенации при пульсоксиметрии достигал цифр 92-93. Лечение проводилось в домашних условиях.

При тщательном осмотре всех кожных покровов отмечается: процесс на коже носит распространенный симметричный характер с поражением кожи волосистой части головы, а также кожи подмышечных впадин и лобка. На коже теменно-затылочной области располагаются большое количество фолликулярных папул розовато-красного цвета округлых форм размерами 1-3 мм в диаметре, белесоватые чешуйки, единичные фолликулиты округлых форм около 3 мм в диаметре с перифокальной гиперемией, а также очаги рубцовой алопеции. В области аксиллярных впадин и лобка имеются фолликулярные папулы конической формы до 3 мм в диаметре розоватого цвета с цианотичным оттенком, а также очаги нерубцовой алопеции.

Проведена дерматоскопия: отмечается отсутствие фолликулярных отверстий, визуализируются многочисленные ветвящиеся и извитые сосуды, красные точки, вокруг большинства фолликулов присутствует перифолликулярная эритема и обилие чешуек, белые пустоты, единичные белые точки и линейные фиброзные тяжи. Произведена биопсия кожи с целью последующего гистологического исследования. Заключение: Гистологическая картина больше соответствует фолликулярной форме красного плоского лишая.

Результаты. На основании жалоб, анамнеза, клинической картины заболевания, а также результатов дерматоскопии и патоморфологического исследования пациентке М. Поставлен диагноз редкой фолликулярной формы красного плоского лишая – синдром Литтла-Лассюэра-Пиккарди.

Выводы. В связи с определенными сложностями диагностики синдрома Литтла-Лассюэра-Пиккарди описанный клинический случай демонстрирует важность пристального внимания дерматологов и трихологов к данной проблеме с целью тщательного сбора жалоб и анамнеза, а также осмотра всех кожных покровов для своевременной правильной постановки диагноза.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ И СОСТОЯНИЕ МОНООКСИГЕНАЗНОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ, ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ АЛОПЕЦИЕЙ В УСЛОВИЯХ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Хамидов Ф.Ш., Зокиров Ш.К., Хамидова М.З.,
Фозилов Ф.А.

Андижанский государственный
медицинский институт,
г. Андижан, Республика Узбекистан

Alopecia areata или гнездная алопеция – это заболевание характеризующиеся патологическим выпадением волос. По данным исследователей, облысение обусловлено различными воздействиями на волосяной фолликул и клинически проявляется формированием полностью лишенных волос очагов на волосистой части кожи головы, в области роста бороды, бровей, ресниц и волосяного покрова туловища.

В 1999 и 2004 году группа трихологов-исследователей по поручению Национального фонда изучения гнездной алопеции США (National Alopecia Areata Foundation [NAAF]) опубликовала инструкцию, посвященной стандартизации методов исследования Alopecia areata (Severity Alopecia Tool [SALT]). Исследователями Olsen и Canfield была предложена схема деления зоны роста волос головы на 4 участка: правую и левую боковые, макушечную и заднюю. По мнению В.П. Адаскевича, в целях дальнейшей унификации были приняты сокращенные обозначения, площади поражения волосистой части кожи головы. Данным индексом удобно пользоваться для определения эффективности терапии или процента возобновления роста волос.

Цель исследования. Изучить количественную оценку степени тяжести гнездной алопеции (Severity Alopecia Tool [SALT]) у больных Alopecia areata у пациентов в условиях Ферганской долины.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 30 больных (20 женщин, 10 мужчин) Alopecia areata, средний возраст которых составил 43,2 года. Всем больным диагноз Alopecia areata был поставлен после стандартного исследования. У всех больных после обследования было обнаружено заболевание ЖКТ (гастрит, холецистит, колит).

У всех больных Alopecia areata до и после комплексного лечения с применением озонотерапии (Озониум) и БАД колострум было изучено SALT, дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ), концентрация малонового диальдегида (МДА), с по-

мощью которых изучалось состояние перекисного окисления липидов (ПОЛ).

Результаты исследования. У всех больных *Alopecia areata* до комплексного лечения с применением озонотерапии показатели SALT составили в среднем $56,6 \pm 1,24\%$, индекс ДИКЖ – $25,46 \pm 1,14$ балла, МДА – $4,98 \pm 0,12$ нмоль/л (контрольная группа ($n=10$) – $1,36$ нмоль/л).

После комплексной терапии с применением озонотерапии и колострум у пациентов *Alopecia areata* показатели SALT снизились до $33,3 \pm 1,05\%$ и рост волос по сравнению с исходным показателем составил $23,3\%$.

Индекс ДИКЖ после комплексного лечения с озонотерапией и колострум у больных *Alopecia areata* снизился до $16,12 \pm 2,13$ балла.

Показатель ПОЛ у пациентов *Alopecia areata* после комплексного лечения снизился, и средняя концентрация МДА составила $2,95 \pm 1,21$ нмоль/л.

Вывод. После исследования выяснилось, что SALT лучшим образом показывает эффективность проведенного комплексного лечения с применением озонотерапии и колострум. В данном исследовании хотя и наблюдалось снижение показателей ДИКЖ и МДА после комплексного лечения с использованием озонотерапии у больных *Alopecia areata*, но показатели SALT как указывают, полноценного изменения в положительную сторону в очаге поражения не дали.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ КРЕМА ФИЛАГРИНОЛА

Хамидов Ф.Ш., Хамидова М.З., Ботиров К.З.,
Кучкаров А.А., Алиев Л.М., Муминов М.М.,
Абдурахмонов А.А., Пулатов Б.Т.
Андижанский государственный
медицинский институт,
г. Андижан, Республика Узбекистан

Атопический дерматит (АД) – генетически детерминированное воспалительное заболевание кожи, характеризующиеся хроническим течением, зудом, своеобразными поражениями патологического очага. При АД отмечается различные поражения внутренних органов. Для АД рекомендовано консервативное лечение с различными препаратами. Последние годы в терапии АД применяют эмоленты, и их воздействие на состояние внутренних органов, в том числе на монооксигеназную систему (МОС) печени, перекисное окисление липидов (ПОЛ) не достаточно изучены.

Цели исследования. Изучить влияние крема филагринола на состояние МОС печени и ПОЛ у больных атопическим дерматитом в комплексной терапии.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 30 (16 женщин, 14 мужчин) больных АД, в возрасте от 18 до 35 лет. У всех больных были проведены лабораторно-клиническое исследование. После установления клинического диагноза было назначено комплексное лечение с применением крема филагринола, наружно 1 раз в день.

Результаты исследования. У пациентов АД до и после комплексной терапии было исследовано МОС печени (с применением антипириновой пробы), ПОЛ в крови (с определением МДА – малоновый диальдегид), и показатели SCORAD.

До лечения показатели МОС у всех больных было снижено, а показатели МДА (ПОЛ) были выше, чем в контрольной группе ($n=10$). Также показатели индекса SCORAD до применения крема филагринола были увеличены.

После комплексной терапии с применением крема филагринола индекс SCORAD снижался, но не доходило до нормальных величин. А вот показатели МОС после применения филагринола не снижались до нормальных величин, хотя концентрация МДА не значительно повышалось до контрольных величин.

Выводы. Как показали результаты лечения, у пациентов АД после применения крема филагринола в комплексной терапии антиоксидантная функция печени не улучшалась, а показатели ПОЛ не значительно повышались. Снижение индекса SCORAD соответствовал биохимическим показателям крови, и применение крема филагринола не приводило к излечению пациентов АД.

ИНДЕКС ТЯЖЕСТИ БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА У БОЛЬНЫХ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ В УСЛОВИЯХ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Хамидов Ф.Ш., Хасанова Н.У., Кучкаров А.А.,
Хамидова М.З., Ботиров К.З., Насриддинова Н.Б.,
Фозилов Ф.А., Муминов М.М.
Андижанский государственный
медицинский институт,
г. Андижан, Республика Узбекистан

Введение. Буллезный эпидермолиз (БЭ) – это дерматозы, обусловленные генетическими дефекта-

ми и характерным спонтанным развитием пузырей или их появлением на месте незначительной поврежденности. БЭ последние годы не редко диагностируется и в Узбекистане.

В 2003 году ученые из Японии изучающие редкие дерматозы, предложили стандарты диагностики и лечения БЭ, а также «Индекс тяжести буллезного эпидермолиза у новорожденных».

Цель исследования. Изучить у больных новорожденных БЭ «Индекс тяжести буллезного эпидермолиза у новорожденных» в комплексной терапии с БАДом колострум (молозиво) и окись цинка.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 7 новорожденных, возрасте от 1 до 17 дней (4 мальчика, 3 девочки). У всех больных было изучено «индекс тяжести буллезного эпидермолиза у новорожденных». Больным БЭ было проведено стандартное лечение в комплексе с применением препарата «Колострум» (молозиво). Колострум назначался по 0,5 мл внутрь 2 раза в день до еды в течении 1 месяца. Окись цинка пациентам БЭ назначался по 50 мг 1 раз в день внутрь течение 1 месяца.

Индекс тяжести БЭ у новорожденных включает 6 основных и 5 дополнительных параметров. Интерпретация индекса: Максимальное количество баллов равно 18; при количестве баллов от 0 до 5 заболевание оценивается как легкое, от 6 до 10 баллов – средней тяжести, от 11 до 16 – тяжелой степени; пациент оценивается как тяжелый, если имеется 1 или более баллов плюс наличие как минимум одного из пяти дополнительных параметров (дефект ламинина 5, атрезия пилоруса, семейный анамнез летального случая БЭ, наличие тяжелого рецессивного дистрофического БЭ в семейном анамнезе, наличие в семейном анамнезе БЭ с мышечной дистрофией).

Результаты исследования. До лечения у новорожденных БЭ «Индекс тяжести буллезного эпидермолиза у новорожденных» составил в среднем $6,23 \pm 2,64$ балла. После комплексного лечения с Колострумом и окисью цинка у новорожденных БЭ «индекс тяжести буллезного эпидермолиза у новорожденных» снизился до $2,56 \pm 0,13$ балла. До и после комплексного лечения было проведено исследование перекисного окисления липидов (ПОЛ, МДА) в сыворотке крови у больных БЭ, и отмечено улучшение ПОЛ после комплексной терапии.

Вывод. Определение «Индекса тяжести буллезного эпидермолиза у новорожденных» помогает точной постановке диагноза и в оценке эффективности лечения БЭ у новорожденных. Как показал результаты исследования, препараты Колострум и окисью цинка улучшают эффективность лечения БЭ, а также показатели ПОЛ.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ИНТЕРФЕРОНОМ АЛЬФА-2В НА ГУМОРАЛЬНЫЙ ИММУНИТЕТ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ COVID-19 ИНФЕКЦИИ

Хасанова А.А.¹, Костинов М.П.^{2,3},
Соловьева И.Л.¹

¹Ульяновский государственный университет,
г. Ульяновск,

²Научно-исследовательский институт
вакцин и сывороток имени И.И. Мечникова,

³Первый Московский государственный
медицинский университет имени И.М. Сеченова,
Москва

Цель исследования. Секреторный IgA (sIgA) является доступным маркером иммунитета слизистой оболочки и может быть полезен при оценке иммунного ответа. Изучить и оценить изменения уровня sIgA в образце слюны пациентов, перенесших COVID-19 до и после терапии интерфероном-альфа-2b.

Материалы и методы. Образцы слюны 65 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет после перенесенной COVID-19 инфекции с длительностью заболевания до 6 месяцев. В нашем исследовании 83,0% (n=54) взрослых составляли женщины, средний возраст в группе был $48 \pm 1,61$ года. Уровни sIgA определяли методом иммуоферментного анализа (ИФА) до применения интерферона-альфа-2b и через 1 месяц после профилактической терапии (местно на слизистую оболочку носа).

Результаты и обсуждение. У пациентов после перенесенной коронавирусной инфекции было выявлено повышение уровня секреторного IgA в образцах слюны в сравнении с исходным уровнем. До терапии интерфероном наблюдалось снижение уровня исходного sIgA до $2,34 \pm 0,3$ мг/мл, после терапии уровень увеличился почти в 2 раза и составил $4,62 \pm 1,13$ (при условной норме 3,5-12 мг/мл).

Вывод. В реабилитационный период при неспецифической стимуляции интерферонового звена иммунитета слизистой оболочки наблюдалась тенденция к нормализации показателя местного иммунитета – уровня sIgA в слюне. Таким образом, можно сделать вывод о возможной иммунологической эффективности интерферона-альфа-2b, что может позволить рекомендовать его в качестве профилактической терапии, как в период реабилитации после коронавирусной инфекции, так и в сезон респираторных вирусных инфекций.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АГ И ОЖИРЕНИЕМ НА ФОНЕ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Хвашевская Г.М.¹, Василявичуте И.¹,
Карпович А.И.³

¹Белорусский государственный
медицинский университет,

²Белорусский государственный медицинский колледж,
Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Провести сравнительный анализ нарушений сердечного ритма и проводимости у пациентов с АГ и ожирением на фоне инфекции COVID-19.

Материал и методы. Обследовано 86 пациентов инфекционного отделения №1 и №2 УЗ «11-я ГКБ г. Минска». Возраст пациентов: 38-65 лет (средний возраст – 51,5 год). Критериями включения пациентов в программу исследования являлись: АД>140/90 мм рт.ст.; ИМТ>30 кг/м²; окружность талии для мужчин >94 см, для женщин >80 см.; общий анализ крови; биохимический анализ крови (глюкоза плазмы >5,6 ммоль/л) с липидограммой (триглицериды >1.7 ммоль/л; ХС ЛПВП <1,0 ммоль/л); динамика ЭКГ и АД; холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ и суточное мониторирование артериального давления (СМАД). Пациенты с коронавирусной инфекцией были разделены на 2 группы: 1-я группа, страдающие АГ и ожирением (n=40), 2-я группа - пациенты, страдающие АГ, но имеющие нормальный ИМТ (n=46).

Результаты и обсуждение. При анализе ЭКГ и ХМ ЭКГ выявлены следующие изменения у пациентов обеих групп, однако в большей степени у пациентов с ожирением: увеличение частоты сердечных сокращений; увеличение длительности комплекса QRS; изменение вольтажа QRS; удлинение интервала QT с; увеличение дисперсии интервалов QT; депрессия сегмента ST в V5-V6; отклонение ЭОС влево. Изменения ЭКГ возникают из-за увеличения расстояния между сердцем и электродами при избыточном накоплении жировой ткани в области передней грудной стенки, появления жира в эпикарде, а также заболеваний легких, возникающих на фоне гиповентиляции. Особое внимание заслуживает появление БПНПГ (блокада правой ножки пучка Гиса) у пациентов 1 группы среди патологических изменений на ЭКГ при пневмониях, вызванных коронавирусной инфекцией. Наличие БПНПГ возможно связано с диастолической перегрузкой правого желудочка ввиду высокого легочного сопротивления при поражении бронхиол и альвеол.

Выводы. На фоне коронавирусной инфекции у пациентов обеих групп выявлено увеличение длительности и изменение вольтажа комплекса QRS, депрессия сегмента ST (в V5-V6), отклонение ЭОС влево, удлинение интервала QT. Однако в большей степени они были выражены у пациентов, страдающих АГ в сочетании с ожирением.

При сравнительном анализе нарушений ритма на фоне инфекции COVID-19 чаще выявлялись: желудочковая экстрасистолия, фибрилляция предсердий, БПНПГ, атриовентрикулярные блокады (чаще у пациентов с АГ и ожирением).

Наиболее часто у пациентов с АГ и ожирением на фоне инфекции COVID-19, осложнившейся пневмонией, выявляется БПНПГ.

ФУНКЦИОНАЛЬНО-АДАПТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ГИПОТИРЕОЗОМ

Холина Е.А.

Луганский государственный медицинский
университет имени Святого Луки,
г. Луганск, ЛНР

Важным звеном в патогенезе поражения сердечно-сосудистой системы (ССС) на фоне гипотиреоза считают дисбаланс вегетативной нервной системы.

Цель исследования. Изучить особенности функционально-адаптивного состояния сердечно-сосудистой системы у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с гипотиреозом в условиях коморбидности.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 76 пациентов с установленными диагнозами ИБС и гипотиреоз, которые были распределены на II группы. В первую группу вошли больные ишемической болезнью сердца (n=42), а во вторую группу – больные с ИБС в сочетании с гипотиреозом (n=34). Диагноз заболевания был верифицирован на основании клинических проявлений заболевания, данных общеклинических, биохимических, инструментальных методов исследования. Для оценки функционально-адаптивного состояния ССС были применены индекс Кердо (ИК), адаптационный потенциал (АП) и коэффициент экономизации кровообращения. Полученные данные обработаны методом вариационной статистики с использованием программы «Microsoft Excel». Разницу считали достоверной при p<0,05.

Результаты и обсуждение. В I группе – у больных с ИБС – тиреотропный гормон (ТТГ) соответствовал норме и составил $2,19 \pm 0,17$ ($p < 0,05$). Во II группе у больных с ИБС в сочетании с гипотиреозом ТТГ достоверно увеличивался до $14,98 \pm 7,2$ ($p < 0,05$). При оценки функционально-адаптационного сердечно-сосудистой системы по индексу Кердо получены следующие данные: у больных с ИБС – $+1,58 \pm 7,12$ ($p < 0,05$), что свидетельствует о преобладании симпатических влияний; а в группе больных ИБС в сочетании с гипотиреозом ИК составил – $46,37 \pm 6,98$ ($p < 0,05$), что указывает на активацию парасимпатических отделов вегетативной нервной системы. Значения адаптационного потенциала в обеих группах указывал на снижение функциональных возможностей ССС. Так в I группе АП составил $3,79 \pm 0,68$ ($p < 0,05$), а во II – $4,21 \pm 0,64$ ($p < 0,05$). Коэффициент экономизации кровообращения, согласно полученным результатам отражал напряженность в работе сердечно-сосудистой системы и в первой и во второй группах с достоверным ($p < 0,05$) увеличением значений до $4698 \pm 35,24$ и $4814 \pm 36,64$ соответственно.

Выводы. В группе больных с сочетанной патологией (ИБС+гипотиреоз) получены отрицательные значения индекса Кердо, что указывает на преобладание тонуса парасимпатической нервной системы, в противовес к первой группе больных ИБС, где идет повышение симпатической активности.

Значения адаптационного потенциала и коэффициента экономизации кровообращения в обеих анализируемых группах находится на неудовлетворительном уровне, в зависимости от уровня тиреоидных гормонов и свидетельствует о напряженности функционирования сердечно-сосудистой системы при достоверном снижении в условиях коморбидности.

Оценка состояния вегетативного баланса у больных с сочетанной патологией может использоваться как прогностический фактор по развитию гипопункции щитовидной железы.

АНАЛИЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫХ АКТОВ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Хорькова О.В.

Санкт-Петербургский институт
усовершенствования врачей-экспертов,
Санкт-Петербург

Цель. Совершенствование компетенций медицинских работников в проведении внутреннего

контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Материалы и методы. Предмет исследования: изучение нормативных правовых актов, регламентирующих экспертизу качества медицинской помощи, и внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности на федеральном уровне. Исследование проведено с использованием разностороннего анализа и метода системного подхода.

Результаты и обсуждение. Во всем мире деятельность медицинских организаций связана с высокими рисками медицинской безопасности. По данным ВОЗ, нежелательные явления, вызванные небезопасным оказанием медицинской помощи, являются одной из десяти основных причин смерти и инвалидности во всем мире. Наиболее серьезные последствия имеют ошибки при диагностике, а также при назначении и использовании лекарственных средств. В странах с высоким уровнем культуры медицинской безопасности: Великобритании, Германии, США, Японии, около 15% бюджетных средств, выделяемых на здравоохранение, расходуется на устранение последствий оказания некачественной или небезопасной медицинской помощи. По мнению экспертов ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, причиняемый пациентам в результате нежелательных событий вред, во многих случаях возможно предотвратить, соблюдая основы стандартизации и управления рисками. Формирование систем управления качеством в медицинских организациях позволяет сделать управляемыми возникающие в медицинской деятельности «инциденты» и минимизировать их последствия для жизни и здоровья как пациентов, так и медицинского персонала.

При обсуждении вопросов единообразного толкования и восприятия терминов и понятий, касающихся проблем контроля качества и безопасности медицинской деятельности (КК и БМД), основным законом служит Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. №323 – ФЗ (далее Закон). В рамках обсуждаемой темы наиболее значимы понятия, закрепленные в ст.2 Закона: медицинская помощь; медицинская деятельность; качество медицинской помощи. В соответствии со ст.90 Закона органами, организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения осуществляется внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с требованиями к его организации и проведению, утвержденными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Постановлением Правительства РФ от 29.06.2021 N 1048 утверждено Положение о федеральном государственном контроле (надзоре) качества

и безопасности медицинской деятельности. Приказом Минздрава России от 31.07.2020 N 785н утверждены Требования к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Требования содержат положения об организации проведения мероприятий, осуществляемых в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности и положения о порядке оформления результатов проведения мероприятий внутреннего контроля. Ответственным за организацию и проведение внутреннего контроля является руководитель медицинской организации либо уполномоченный им заместитель руководителя. В зависимости от вида медицинской организации по решению руководителя медицинской организации внутренний контроль организуется и проводится Комиссией по внутреннему контролю, включающей работников медицинской организации, и (или) уполномоченным лицом по качеству и безопасности медицинской деятельности. Медицинской организацией разрабатывается положение о порядке организации и проведения внутреннего контроля, иные локальные акты.

В соответствии со ст.89 Закона утвержден приказ Минздрава России от 31.07.2020 N 787н «Об утверждении Порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности». Для федеральных и региональных органов власти установлены правила ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Задачами ведомственного контроля являются: 1. предупреждение, выявление и пресечение нарушений требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности; 2. принятие мер по устранению последствий и причин нарушений, выявленных в рамках государственного контроля; 3. обеспечение качества медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях, подведомственных органам исполнительной власти; 4. определение показателей качества деятельности подведомственных органов и организаций; 5. создание системы оценки деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг. Ведомственный контроль осуществляется посредством плановых и внеплановых документарных и (или) выездных проверок, а также сбора и анализа показателей деятельности подведомственного органа и (или) организации, и предоставляемой ими статистической отчетности, в том числе характеризующей качество и безопасность медицинской деятельности.

Вывод. Действующие нормативно-правовые акты по вопросам качества медицинской помощи в рамках организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности дают представление о целях, задачах и способах проведения внутреннего контроля.

ОСОБЕННОСТИ МОЗГОВОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ОСТРЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Худайбергенов Н.Ю., Жаббаров М.Т.,
Султанова Д.А.

Ургенчский филиал
Ташкентской медицинской академии,
г. Ургенч, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучение особенностей церебральной гемодинамики при острых ишемических нарушениях мозгового кровообращения при атеросклерозе и гипертонической болезни Николая Васильевични.

Материалы и методы исследования. Нами обследованы 100 больных с ишемическими инсультами полушарной локализации, из которых у 35% зарегистрировано инсульты атеросклеротического происхождения и у 65% – инсульты на фоне сочетания атеросклероза и гипертонической болезни. Всем обследованным проведена ультразвуковая доплерография брахиоцефальных сосудов по общим сонным, внутренним сонным и надблоковым артериям, а также транскраниальная доплерография изучением гемодинамики по средней, передней, задней мозговых артериях.

Результаты исследования. Атеросклеротические острая нарушения мозгового кровообращения сопровождались диффузными двухсторонними атеросклеротическими изменениями доплерографической кривой общей сонной артерии и внутренней сонной артерии со значительным снижением уровня линейной скорости кровотока и средней скорости кровотока повышением ригидности сосудистой стенки. Степень стенозирования достигала критических значений у 28,6% заболевших. У 71,42% больных с атеросклеротическими инсультами было выявлено снижение реактивности сосудов в ответ на компрессионную пробу.

При сочетании атеросклероза и гипертонической болезни ультразвуковая картина инсультов характеризовалась ранним развитием грубых стенозических изменений, которые чаще локализовались в бассейне внутренней сонной артерии, превалировали с той или другой стороны и сопровождались умеренным двухсторонним ангиоспазмом.

Изучение интракраниальной гемодинамики показало, что при атеросклеротических полушарных инсультах доминируют признаки уменьшения перфузии по средней мозговой артерии с увеличением ригидности сосудистой стенки, а также повышение линейной скорости кровотока по гомолатеральной передней мозговой артерии.

Таким образом, при атеросклеротическом поражении доминируют диффузное снижение скорости кровотока по каротидным артериям при наличии их стенотического поражения диффузного двухстороннего характера. При сочетании атеросклероза и гипертонической болезни инсульты сопровождались значимым превалированием случаев окклюзионного поражения с признаками умеренного ангиоспазма.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА КАРИПАЗИМ ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМАХ

Худайбергенов Н.Ю., Жаббаров М.Т.,
Султанова Д.А.
Ургенчский филиал
Ташкентской медицинской академии,
г. Ургенч, Республика Узбекистан

Цель исследования. Оценить эффективность электрофореза с препаратом Карипазим при комплексном лечении у больных с вертеброгенным болевым синдромом.

Материал и методы исследования. Для решения данной проблемы под нашим наблюдением находились 38 больных (24 мужчин и 14 женщин) в возрасте 32-66 лет с болевыми синдромами, обусловленными вертеброгенной патологией (из них распространенный остеохондроз позвоночного столба – у 12, спондилез – у 4, протрузии дисков – у 8, грыжа дисков 12, спондилолистез – у 2). Для верификацию диагноза у всех больных проведено клинико-неврологический, рентгенологический, компьютерно-томографический (МСКТ, МРТ) обследование позвоночного столба.

Метод электрофореза с препаратом Карипазим проводили аппаратом «Поток-1». На курс лечения назначали 10-15 процедур, продолжительностью 15-20 мин, Карипазим применяли в дозе 350 ПЕ. Сила тока контролировали по ощущению больного.

Результаты и обсуждение. Все больные принимали до назначения электрофореза препаратом Карипазим нестероидные противовоспалительные препараты, которые не давали достаточного обезболивающего эффекта. Помимо этого, больные получали общепринятую базисную терапию. До назначения электрофореза препаратом Карипазим очень сильные боли в пояснице отмечали 6 пациента, сильные – 12, умеренные – 20.

После лечения уменьшение боли, скованности, увеличение подвижности в позвоночнике наблюдалось у 28 (73,7%) больных. Особенно после

первой процедуры отметили уменьшение боли 22 (57,9%) больных, стойкий клинический эффект и значительное улучшение бытовой адаптации и улучшения качества жизни наступал через неделю и сохранялся в течение всего периода наблюдения.

Выводы. Таким образом, применение электрофореза препаратом Карипазим в комплексном лечении больных с вертеброгенным болевым синдромом повышает эффективность терапии. При этом уменьшается мышечное напряжение и может способствовать улучшению крово и лимфообращения, уменьшению воспалительного отека и болей суставов; улучшению поступления противовоспалительного средства к пораженному участку и увеличению объема движений в нем.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ ЯНТАРНОЙ КИСЛОТЫ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ДИСКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С МЕТЕОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ

Худайбергенов Н.Ю., Киличев И.А., Адамбаев З.И.
Ургенчский филиал
Ташкентской медицинской академии,
г. Ургенч, Республика Узбекистан

Актуальность. По данным ООН в 1950 г. количество людей пожилого возраста во всем мире составляло 214 млн человек, в 2000 г. – 590 млн, а в 2025 г. их количество возрастет в 5 раз и превысит 1 млрд человек. Процесс демографического старения населения непосредственно связан с проблемой цереброваскулярных заболеваний. В связи с потеплением и изменением климата во всем мире увеличивается количество метеочувствительных людей.

Цель исследования. Изучение эффективности препаратов янтарной кислоты у пациентов пожилого возраста с дисциркуляторной энцефалопатией в сочетании с метеочувствительностью (ДЭСМ).

Материалы и методы. Проведено исследование 47 пациента (22 мужчин и 25 женщин) в возрасте от 60 до 82 лет с ДЭСМ II стадии атеросклеротического, гипертонического, диабетического и смешанного генеза, у которых имелись признаки метеочувствительности. Для пациентов с ДЭСМ оптимальным является назначение медикаментозных препаратов, обладающих комплексным терапевтическим эффектом и воздействующих на различные патогенетические звенья. При этом такой лекарственный препарат не должен отрицательно влиять на сопутствующие заболевания, к таким препаратам относятся препараты

янтарной кислоты. Больные принимали эти препараты янтарной кислоты по 1 таб 2 раза в день в течение 3-х месяцев. Помимо этого, больные принимали соответствующие свои базовые препараты: включающую антигипертензивные, антиагреганты, липидомодифицирующие препараты, сахароснижающие.

Результаты. До начала исследования пациенты предъявляли жалобы на: диффузную головную боль 45 (95,7%) больных, головокружение – 33 (70,2%), шум и звон в ушах – 27 (57,4%), шаткость походки – у 38 (81,9%), дискомфорт, боль в глазных яблоках – 20 (42,6%). Также все 47 пациента отмечали повышенную утомляемость, 41 (87,2%) – снижение настроения, мотивации, 42 (89,4%) – снижение памяти. У всех больных отмечалась метеочувствительность. В неврологическом статусе у обследованных пациентов преобладали пирамидные нарушения (оживление сухожильных и периостальных рефлексов, анизорефлексия, патологические знаки) – 85,1%, вестибулярные проявления – 76,6%, кохлеовестибулярный – 23,4%, экстрапирамидные нарушения – 19,1%, псевдобульбарный синдром – 21,3%. У 89,4% пациентов отмечались когнитивные нарушения, соответствовавшие умеренным когнитивным расстройствам – 24-25 баллов по шкале MMSE.

В результате проведенного лечения приема в течение трех месяцев препаратов янтарной кислоты у 24 (51,1%) больных не роявлялись признаки метеочувствительности, а у 23 (48,9%) – метеочувствительность проявлялась в значительно меньшей степени. У всех больных церебральные жалобы уменьшились по интенсивности, снизилась утомляемость, повысилась фон настроения. Все больные отмечали повышение памяти.

Таким образом, у пациентов пожилого возраста с дисциркуляторной энцефалопатией в сочетании с метеочувствительностью, помимо базового лечения, длительное назначение препаратов янтарной кислоты в течение 3 месяцев уменьшает субъективные и объективные проявления энцефалопатии и снижает метеочувствительность.

АУТОИММУННЫЙ КОМПОНЕНТ В РАЗВИТИИ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА

Хуторский Д.Д., Гумилевский Б.Ю.

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

Введение. После первоначального выздоровления от острой инфекции SARS-CoV-2 многие люди продолжают страдать от затянувшихся проблем со

здоровьем (так называемый «затяжной COVID» или пост-COVID-синдром), таких как усталость, одышка, боль в суставах, боль в груди, мышечная боль, потеря обоняния или вкуса и другие неврологические проблемы. Хотя основные причины далеко не ясны, аутоиммунные эффекты, вероятно, могут быть важными факторами хронических пост-COVID-расстройств. Известно, что многие вирусные инфекции сопровождаются появлением аутоантител, которые необходимы для утилизации молекул DAMP, но могут выполнять и патологическую функцию, повреждая равновесие многих физиологических систем организма. Многие симптомы постковидного синдрома могут иметь аутоиммунную природу и это необходимо исследовать.

Цель исследования. Обоснование необходимости патогенетической оценки роли аутоиммунного реагирования в развитии постковидного синдрома для разработки диагностического подхода и терапии новой коронавирусной инфекции и постковидного синдрома.

Материалы и методы. Систематический анализ публикаций о COVID-19 и аутоантителах в онлайн-базах «Medline»/«PubMed».

Результаты и обсуждение. Найдено и проанализировано 13 рецензируемых публикаций за 2020-2021 гг., посвященных исследованию аутоиммунного компонента при COVID-19, основанных на оригинальных данных. Так, группой авторов Y Zuo et al. 2020 г. было показано что после инфекции SARS-CoV2 выявляются антифосфолипидных антитела, связанные с антифосфолипидным синдромом: антикардиолипиновые, волчаночный антикоагулянт и анти-бета2-гликопротеин I. Эти антитела связываются с белками на клеточной мембране, что приводит к нарушению свертывания крови. В исследованиях M Xiao et al. 2020 г. было обнаружено, что у 31 из 66 (47%) тяжелобольных пациентов, инфицированных SARS-CoV-2, вырабатывались циркулирующие антикардиолипиновые аутоантитела и аутоантитела к бета2-гликопротеину I. Кроме того, авторы D Bertin et al. 2020 г. обнаружили, что у пациентов с тяжелым течением COVID-19 уровень антикардиолипиновых аутоантител был значительно выше, чем у пациентов с заболеванием средней тяжести. Используя полигон антигенов, S.E. Chang et al. 2021 г. выявили что, от 60% до 80% пациентов, госпитализированных с COVID-19, имели по крайней мере одно антицитокинное аутоантитело, способное модулировать иммунный ответ. Определенный интерес представляет тот факт, что в годовом проспективном когортном исследовании J Seeßle et al. 2021 г. Было показано, что частота нейрокогнитивных симптомов значительно выше у пациентов с титром антинуклеарных антител $\geq 1:160$ по срав-

нению с <1:160 через 12 месяцев после появления симптомов COVID-19. В нескольких исследованиях описано и возникновение аутоиммунных заболеваний после COVID-19, включая синдром Гийена-Барре, синдром холодовой агглютинации и аутоиммунную гемолитическую анемию. В исследовании Gracia-Ramos et al. 2021 показано, что инфекция SARS-CoV-2 может запускать ревматологические заболевания. Чаще всего развиваются васкулиты и артриты. Но могут быть и идиопатические воспалительные миопатии, системная красная волчанка, саркоидоз и болезнь Стилла у взрослых.

Выводы. Аутоиммунные процессы сопутствуют инфекции SARS-CoV-2. У большинства пациентов с тяжелой формой COVID-19 выявляются аутоантитела к разнообразным аутоантигенам. У некоторых пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию наблюдается дебют аутоиммунных заболеваний. Патогенез многих клинических проявлений постковидного синдрома может иметь в своей основе аутоиммунный компонент. Это необходимо тщательно охарактеризовать и исследовать, для возможности прогнозирования и терапии.

РОЛЬ АЛЬФА-ГЕРПЕСВИРУСОВ В РАЗВИТИИ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА

Хуторский Д.Д., Гумилевский Б.Ю.

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

Введение. Хотя большинство людей выздоравливают от COVID-19, более четверти из них на протяжении нескольких месяцев имеют «долгий ковид» или постковидный синдром. В проявлении этого состояния участвуют около 200 симптомов, затрагивающих практически все органы и системы. Самыми частыми являются упадок сил, когнитивная дисфункция, разнообразные неврологические нарушения, проявления опоясывающего лишая. Известно, что наиболее часто постковидный синдром проявляется после тяжелого COVID-19. Физиологические причины появления постковидного синдрома пока остаются не раскрытыми, хотя есть несколько гипотез объясняющих некоторые проявления «долгого ковида». Так, в основе одной из гипотез лежит предположение об активации во время COVID-19 альфа-герпесвирусов, которые ответственны за ряд неврологических нарушений у выздоравливающих от коронавирусной инфекции пациентов.

Цель исследования. Обоснование необходимости патогенетической оценки роли реактивации

альфа-герпесвирусов при COVID-19 для разработки диагностического подхода и терапии новой коронавирусной инфекции и постковидного синдрома.

Материал и методы. Систематический анализ публикаций о COVID-19 и альфа-герпесвирусах в онлайн-базах «Medline»/«PubMed».

Результаты и обсуждение. Найдено и проанализировано 12 рецензируемых публикаций за 2020-2021 гг., посвященных исследованию роли альфа-герпесвирусов при COVID-19, основанных на собственных наблюдениях. Так, в исследовании E Franceschini et al. 2021г. было обнаружено что почти у трети пациентов с тяжелой/критической пневмонией SARS-CoV-2 наблюдалась реактивация ВПГ-1, причем у 62% из них были клинические проявления, включая один фульминантный гепатит. После проведения профилактики ацикловиром новых клинических проявлений вследствие реактивации ВПГ-1 не наблюдалось. В статье J Katz et al. 2021 г. приводятся данные о реактивации вирусов герпеса при тяжелом COVID-19. По данным Xu, R et al. и соавторов описаны клинические случаи реактивации вируса простого герпеса I, вируса ветряной оспы и цитомегаловируса. Авторы Le Balc'h et al. 2020г. наблюдали реактивацию ВПГ у 35% с инфекцией COVID-19. У 78% переболевших была однократная реактивация HSV, у 14% – 2 эпизода, а у 7% – 3 волны герпеса первого типа. По сравнению с предыдущей реактивацией ВПГ, не связанной с COVID-19, реактивация, связанная с COVID-19, была тяжелее у 42%. Интересно, что у 35% инфекция ВПГ манифестировала впервые во время инфекции COVID-19. Так же, эти авторы показали, что у 47% пациентов с тяжелым острым респираторным дистресс-синдромом из-за коронавирусной инфекции происходит реактивация как ВПГ, так и ЦМВ, а у 18% реактивируются оба вируса. В исследовании M.L. Elsaie et al. 2020 г. были описаны клинические проявления вируса простого герпеса и герпеса зостер с бессимптомным течением инфекции COVID-19.

Выводы. Реактивация альфа-герпесвирусов при COVID-19 является довольно частым явлением. Учитывая тропность альфа-герпесвирусов к нервной ткани, развитие герпетической суперинфекции на фоне напряженного иммунитета против SARS-CoV2 логичным является предположение о важной роли такого сочетания в патогенезе «длительного ковида». Поэтому важно исследовать распространенность этих случаев, оценить связь реактивации альфа-герпесвирусов с клиническими проявлениями постковидного синдрома, разработать оптимальный алгоритм для диагностики и в конечном счете тактики лечения и профилактики постковидного синдрома.

О РОЛИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСА И ВИРУСА ЭПШТЕЙНА-БАРР В РАЗВИТИИ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА

Хуторский Д.Д., Гумилевский Б.Ю.

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

Введение. Цитомегаловирус (ЦМВ) и вирус Эпштейна-Барр (ВЭБ) являются лимфотропными герпесвирусами, которыми инфицированы большинство взрослого населения. Реактивация этих вирусов происходит при серьезных иммунодепрессивных состояниях, таких как СПИД, пост трансплантационная медикаментозная иммуносупрессия, тяжелые инфекции и т.д. осложняя состояние пациентов. Литическая инфекция ЦМВ и ВЭБ может быть важным фактором неэффективности иммунного ответа на вирус SARS-COV2, поскольку сама короновиральная инфекция протекает с выраженной лимфопенией, степень которой является прогностическим фактором при тяжелом COVID-19. ЦМВ и ВЭБ являются причиной старения лимфоцитов и каждая реактивация таких герпесвирусов снижает адаптивные возможности лимфоцитарного иммунитета. Кроме того, реактивация этих вирусов может приводить к появлению разнообразных клинических симптомов: утомляемость, нарушение сна, головные боли, желудочно-кишечные проявления, артралгия, фарингит. Это может играть существенную роль как в течении самого COVID-19, так и формировании постковидного синдрома и поэтому требует пристального изучения.

Цель исследования. Обоснование необходимости патогенетической оценки роли реактивации ЦМВ и ВЭБ при COVID-19 для разработки диагностического подхода и терапии новой короновиральной инфекции и постковидного синдрома.

Материалы и методы. Систематический анализ публикации о ЦМВ и ВЭБ при COVID-19 в онлайн-базах «Medline»/«PubMed».

Результаты и обсуждение. Найдено и проанализировано 10 рецензируемых публикаций за 2020-2021 гг., посвященных исследованию реактивации ЦМВ и ВЭБ при COVID-19, основанных на оригинальных данных. Так, авторы T Niitsu et al. 2021г. показали, что у каждого четвертого пациента, находящегося в критическом состоянии с COVID-19 на искусственной вентиляции легких более одной недели, развилась ЦМВ-инфекция, при этом один пациент умер от ЦМВ-пневмонии. В исследовании T Niitsu et al. 2021г. в ходе мониторинга белка рр65 в лейкоцитах пациентов, находящихся в ОРИТ с тяжелой формой COVID-19 было установлена реакти-

вацию ЦМВ у 23,1% пациентов. В публикации С.С. Veber et al. 2021г. описано, что ЦМВ-серопозитивные лица с большей вероятностью были госпитализированы в отделение интенсивной терапии и имели повышенный риск развития тяжелой формы COVID-19. В опубликованном клиническом наблюдении M. Shach et al. 2021г. сообщается о пациенте, выздоравливающем от COVID-19 с устойчивой лейкопенией, которая была связана с недавней коинфекцией цитомегаловирусом. Пациент полностью выздоровел только после курса внутривенного введения ганцикловира и флуконазола. J.E. Gold et al. 2021 г. опубликовали результаты наблюдения за 185 пациентов с новой короновиральной инфекцией, показывающие что у 30% формируется постковидный синдром, который у 67% связан с реактивацией ВЭБ.

Выводы. Поскольку легкие являются важным резервуаром ЦМВ и пациенты с COVID-19 подвержены риску ЦМВ-пневмонии, это может быть фатальным у пациентов в критическом состоянии с пневмонией, вызванной COVID-19. Реактивация ЦМВ и ВЭБ могут усугублять иммунную дисфункцию у пациентов с COVID-19 и быть движущей силой иммунопатогенеза постковидного синдрома. Это может быть за счет того, что воспалительная реакция, которую вызывает реактивация ЦМВ и ВЭБ часто сохраняется у пациентов спустя долгое время после выздоровления от COVID-19.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОСТ-COVID-СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Шалькевич Л.В., Жевнерок И.В., Лемеш О.Ю.

Белорусская медицинская академия
последипломного образования,
Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Одной из наиболее острых медико-социальных проблем современного общества уже в течение 2 лет является новая короновиральная инфекция (COVID-19). Специалисты педиатрического профиля сталкиваются с большим разнообразием клинических проявлений, которые вызваны короновиральной болезнью у детей: от бессимптомного течения до мультисистемного воспалительного синдрома (MIS-C). При этом все больше внимания уделяется долгосрочным последствиям COVID-19. Недавние исследования показывают, что значительное число пациентов испытывают длительные постковидные симптомы, характер и сроки которых на сегодняшний день остаются неопределенными. Пост-COVID-синдром – научно доказанная новая клиническая форма, которая в контексте инфекции

SARS-CoV-2 у взрослых внесен в МКБ-10 пересмотра под кодом рубрики U09.9. Постковидный синдром определяется признаками и симптомами, которые длятся свыше 12 недель, являются не объяснимыми альтернативным диагнозом, способны меняться со временем, исчезать и вновь возникать, затрагивая многие системы организма у пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию. Отчеты из ряда европейских стран свидетельствуют о встречаемости пост-COVID-синдрома в педиатрической практике. Тем не менее, данных в отношении заболеваемости, клинических проявлений и факторов риска долгосрочных последствий COVID-19 у детей недостаточно.

Цель исследования. Проанализировать частоту и структуру психоневрологических нарушений у детей в рамках постковидного синдрома.

Материалы и методы. В исследование включены 23 ребенка в возрастном диапазоне от 3 до 17 лет, из них мальчиков – 12 (52,2%), девочек – 11 (47,8%); средний возраст – 8,7 года. Изучены жалобы, анамнез, результаты неврологического и лабораторно-инструментальных обследований. Критерии включения: возраст пациента до 17 лет включительно, клинически значимые нарушения здоровья, которые отсутствовали ранее и возникли через 12 недель и более у пациентов, перенесших COVID-19 инфекцию, подтвержденную результатами полимеразной цепной реакции на SARS-CoV-2 в момент заболевания. Критерий исключения: уточнение этиологии развившихся нарушений здоровья, не имеющей причинно-следственной связи с перенесенной инфекцией.

Результаты и обсуждение. Наиболее распространенными симптомами постковидных нарушений были стойкие, резистентные к обезболивающей терапии цефалгии – 15 пациентов (65%), повышенная возбудимость и истощаемость психических реакций – 12 пациентов (52%), снижение концентрации внимания и трудности в обучении – 10 пациентов (43%), нарушения сна в виде инсомний и парасомний – 6 пациентов (26%), нарушения зрения в виде диплопии и снижение остроты и четкости – 4 пациента (17%). При этом у 12 пациентов (52%) были отмечены несколько долговременных симптомов одновременно. Неврологический осмотр выявил наличие микросимптоматики у 3 пациентов (13%) в виде синдрома вегетативной дисфункции, преходящих глазодвигательных нарушений – 2 пациента (9%), симптомов орального автоматизма – 1 пациент (4%).

Выводы. Большинство постковидных психоневрологических нарушений носит функциональный характер. Доминируют симптомы, относящиеся к спектру астенических расстройств, при этом наиболее часто отмечается цефалгический синдром, который малочувствителен к традиционной обезболивающей терапии.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ И НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Шалькевич Л.В., Жевнеронок И.В., Лебедева С.К.
Белорусская медицинская академия
последипломного образования,
Минск, Республика Беларусь

В настоящее время появившиеся исследования указывают на возможную связь между вирусными инфекциями и неврологическими заболеваниями. Вирусная инфекция в критические периоды раннего внутриутробного развития может привести к повышенному риску развития неврологической патологии у детей.

Предполагается, что вирусная инфекция может привести к неврологическому дефициту через прямое или опосредованное инфицирование ЦНС, либо через изменение иммунного ответа матери или ребенка.

Воздействие внутриутробного воспаления запускает каскад иммунного ответа плода, где провоспалительные цитокины могут вызвать прямое повреждение олигодендроцитов и нейронов. Активация микроглии приводит к дальнейшему повреждению уязвимых премиелинизирующих олигодендроцитов и влияет на целостность гематоэнцефалического барьера плода и новорожденного, что приводит к дальнейшему воздействию на мозг в процессе развития. Новорожденные, вследствие морфо-функциональной незрелости, часто подвергаются дополнительным перинатальным и постнатальным воздействиям, которые могут привести к дальнейшему повреждению ЦНС.

Беременные женщины также могут быть более подвержены инфекциям. Вирусы, преодолевшие фетоплацентарный барьер и достигшие плода, могут оказать разрушительное воздействие на его развитие.

Активация врожденных и адаптивных иммунных реакций также может в конечном итоге привести к повреждению нейронов путем прямого повреждения, высвобождения свободных радикалов, клеточной активации и воспаления.

Интерлейкины (IL) – это группа цитокинов, выделяемых в ответ на различные воспалительные процессы и способных самим вызывать воспалительную реакцию. IL-6 рассматривается как показатель системного воспаления матери, которое может влиять на фетоплацентарные взаимодействия и последующее развитие мозга плода, повышая риск развития нервно-психических расстройств. Это мо-

жет привести к когнитивным и поведенческим нарушениям путем изменения образования синапсов и влияния на синаптическую функцию. Нарушение нормальной синаптической сигнализации и передачи может изменить баланс нейротрансмиттеров и количество возбуждающих сигналов в сравнении с тормозными связями в развивающемся мозге. Эти события потенциально создают основу для широкого спектра неблагоприятных последствий развития ЦНС. Как показало продольное исследование, повышение уровня IL-6 во время беременности может изменить архитектуру мозга, исполнительные функции и способность к рабочей памяти у новорожденных. Поскольку маркеры воспаления, в частности IL-6, экспрессируются во всей ЦНС, цитокины способны влиять на процессы роста на каждом этапе развития мозга плода.

Исходя из взаимосвязи между воспалительным цитокиновым ответом, вызванным вирусной инфекцией во время беременности, и повреждением мозга, считалось, что материнские цитокины диктуют тип и тяжесть иммунного ответа, и это может предвосхитить патологию мозга. Различные данные подтверждают теорию о том, что материнская инфекция и/или воспаление, возникающие в критический период развития плода, нарушают структуру и функцию мозга и потенциально могут изменить когнитивные и психологические функции в последующей жизни. В целом, сочетание генетической предрасположенности и материнских инфекций повышает вероятность поведенческого дефицита у детей, в зависимости от интенсивности инфекции и срока беременности.

ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА ПРИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Шаповалова А.Б., Канавец Н.С.

Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Определить показатели липидного обмена у пациентов с впервые выявленным сахарным диабетом (СД) 2 типа в структуре метаболического синдрома (МС) на момент госпитализации в городской многопрофильный стационар по неотложным показаниям, провести первичную

оценку уровня тиреотропного гормона (ТТГ) как возможного фактора формирования дислипидемии.

Материалы и методы. Обследовано 39 больных (средний возраст $57,1 \pm 3,9$ лет, мужчин – 18, женщин – 21) с МС и впервые выявленным СД 2 типа. У всех больных отмечались абдоминальное ожирение 1-2 степени (средний индекс массы тела – $34,2 \pm 1,7$ кг/м²) и артериальная гипертензия 2-3 степени. Данных за сердечно-сосудистые события в анамнезе не получено. Пациенты ранее не соблюдали диету и не получали постоянной медикаментозной терапии. У всех больных при поступлении в стационар исследованы в сыворотке крови уровни глюкозы натощак, общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой и низкой плотности (ХС ЛПВП, ХС ЛПНП), коэффициент атерогенности (КА), тиреотропного гормона (ТТГ), креатинина, аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспаратаминотрансферазы (АСТ). Проведен статистический анализ полученных данных с использованием методов вариационной статистики.

Результаты и обсуждение. Средний уровень гликемии натощак до начала сахаропонижающей терапии составил $12,1 \pm 1,64$ ммоль/л. У всех больных была выявлена дислипидемия, при этом средний уровень ОХС составил $7,2 \pm 0,2$ ммоль/л, ТГ – $2,9 \pm 0,5$ ммоль/л, КА – $4,8 \pm 0,2$, ХС ЛПВП – $1,03 \pm 0,01$ ммоль/л. Данных за развитие хронической болезни почек не получено (средний уровень креатинина – $78 \pm 3,7$ мкмоль/л, СКФ – выше 60 мл/мин/1,73 м кв.). Показатели функции печени также оказались в норме. При сравнении всех показателей в зависимости от степени ожирения достоверных различий получено не было. Средний уровень ТТГ составил $3,76 \pm 0,8$ мкМЕ/мл. Существенных различий по уровню ТТГ в зависимости от степени ожирения также не получено ($p > 0,05$). Уровень ТТГ приближен к верхней границе референсных значений, что может свидетельствовать о наличии субклинического гипотиреоза (СГ) у части пациентов с МС, который, в свою очередь, ассоциирован с развитием дислипидемии у части пациентов. В основе развития СД 2 типа в структуре МС лежит инсулинорезистентность (ИР), оказывающая влияние на формирование практически всех компонентов МС, а в сочетании с СГ и на повышение риска сердечно-сосудистых событий, что требует определения уровней инсулина и расчета индекса ИР (IR-НОМА) у большинства пациентов в плановом порядке.

Выводы. 1. Полученные данные свидетельствуют о наличии выраженной дислипидемии у больных с МС на момент выявления СД 2 типа при первичной госпитализации. 2. Больным с МС и впервые выявленным СД 2 типа показано исследова-

ние крови на уровень ТТГ, а также свободного Т4 с целью исключения развития гипотиреоза, как манифестного, так и субклинического, для выбора адекватной лечебной тактики. 3. Все пациенты с впервые выявленным СД 2 типа в структуре МС должны быть обследованы на уровень инсулина натощак и через 2 часа после еды с целью исключения или оценки инсулинорезистентности для подбора адекватной сахаропонижающей терапии, в т.ч. ориентированной на снижение сердечно-сосудистого риска. 4. Оценка уровня ТТГ и показателей ИР также необходима для выбора лечебной тактики и сроков назначения гиполлипидемических средств.

ОПТИМИЗАЦИЯ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ С УЧЕТОМ ПИКОВОЙ СКОРОСТИ ВДОХА

Шарова Н.В., Черкашин Д.В., Соболев А.Д.
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Хроническая болезнь легких (ХОБЛ) относится к наиболее распространенным и социально-значимым заболеваниям человека, требующим постоянного контроля. Современная поддерживающая ингаляционная техника при ХОБЛ подразделяется на дозированные аэрозольные ингаляторы (ДАИ) и ингалятор «мягкого тумана» (Респимат), небулайзерное введение препаратов и порошковые ингаляторы (ПИ). Диспергирование лекарственного порошка в ПИ осуществляется за счет форсированного вдоха пациента. Поэтому, показателем, определяющим выбор ингалятора, является пиковая скорость вдоха (ПВвд). По зарубежным данным у пациентов с ХОБЛ вне обострения ПСвд не соответствует сопротивлению ингалятора в 32-77% случаев и в 50% – при обострении заболевания. Измерение ПСвд в РФ не проводится в связи с отсутствием аппаратуры для ее измерения.

Цель исследования. определить ПСвд у пациентов с ХОБЛ и ее значение для выбора оптимального ингалятора.

Материалы и методы исследования. Обследовано 26 симптомных пациентов ХОБЛ вне обострения (24 мужчин и 2 женщины), GOLD II-III ст., в возрасте от 47 до 84 лет, с индексом массы тела от 25,7 (19,6 до 40,1) кг/м². Группу контроля составили 22 мужчины сходного возраста, индекса массы тела, без патологии с ограничением легочных объемов. Пациенты получали терапию

в соответствии с Рекомендациями РРО. Исследование ПСвд проводилось на аппарате In-Check DIA™ G16 Clement Clarke International Limited (Великобритания). Прибор оценивает ПСвд через имитацию сопротивления выбранного ингалятора (ДАИ, включая ингалятор Респимат, и 5 уровней сопротивления ПИ) в диапазоне измерений 15 - 120 л/мин. Спирометрия проводилась на аппарате «Flowscreen II» фирмы «Jaeger» (Германия) с расчетом показателей: ЖЕЛ, ЖЕЛ вдоха, ФЖЕЛ, ОФВ₁, ОФВ₁/ФЖЕЛ, ПОС выд., СОС₂₅₋₇₅. Полученные данные обрабатывались с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 10. Для сравнения групп использовался критерий Манна-Уитни. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,01$. Взаимосвязь между показателями оценивалась по коэффициенту корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение. Для каждого варианта сопротивления ингалятора известны значения оптимальной ПСвд, при которых достигается максимум ингалируемого препарата. Оптимальными значениями ПСвд для низкого-средне-высокого сопротивлений были >60 л/мин, для ингаляторов с высоким сопротивлением >30 л/мин. У всех пациентов при использовании ДАИ и Респимата отмечены показатели, превышающие оптимальную ПСвд, что потребовало коррекции техники ингаляции. Если пациент не достигал указанного значения, ПСвд считалась субоптимальной (сПИП). СПСвд, равная 50 (30-60) л/мин, выявлена у 9 больных ХОБЛ при имитации различных сопротивлений ингаляторов: при использовании Бризхалер у 2-х, Эллипта – у 7; Турбохалер и Хандихалер – у 9 пациентов. Это означало, что 35% пациентов ХОБЛ GOLD II- III ст. не могли развить достаточный поток воздуха на вдохе. Для оптимизации ингаляционной терапии им требовалась смена системы доставки лекарства. Пациентам с сПСвд с положительным ранним бронходилатационным ответом на тиотропий/олодатерол Респимат 2,5/2,5 мкг препарат был назначен на постоянной основе. Прирост ОФВ₁ к 28 дню терапии составил $0,27 \pm 0,12$ л/мин, что было сопоставимым со значениями, полученными у пациентов с оптимальной ПСвд ($p = 0,046$). В группе контроля отмечена высокая ПСвд при использовании всех типов ингаляторов ($p < 0,001$). Установлена высокая степень прямая корреляция ПСвд с ЖЕЛ; ЖЕЛ, выполненной на вдохе ($r=0,89$, $p < 0,001$); СОС₂₅₋₇₅ ($r=0,82$, $p < 0,001$) и средняя степень корреляция с ОФВ₁.

Выводы. Субоптимальная ПСвд выявлена у 35% пациентов ХОБЛ вне обострения. Сопоставление ПСвд с уровнем сопротивления ингалятора важно для индивидуального подбора ПИ при оптимизации терапии ХОБЛ.

СИНДРОМ БРАДИЭНТЕРИИ КАК ИНДУКТОР КОМОРБИДНОСТИ

Шемеровский К.А.¹, Кантемирова Р.К.²

¹Санкт-Петербургский медико-социальный институт,

²Федеральный научный центр реабилитации
инвалидов имени Г.А. Альбрехта,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Представление синдрома брадиэнтерии как одного из ранних и устранимых индукторов коморбидности и сердечно-сосудистой смертности. Замедление частоты дефекации оказалось доказанным фактором риска сердечно-сосудистой смертности: понижение этой частоты до 3-4 раз в неделю повышало риск сердечно-сосудистой смертности на 21%, а замедление частоты дефекации до 1-2 раз в неделю повышало сердечно-сосудистую смертность на 39% [Honkura K, et al., 2016]. Задачи работы: описать компоненты синдрома брадиэнтерии и представить доказательства его причинности в отношении коморбидности.

Материалы и методы. Метод хроноэнтерографии, позволяющий определить частоту и фазу энтеральной эвакуаторной функции. Анкетирование студентов-медиков, терапевтов и гастроэнтерологов для определения связи между регулярностью ритма дефекации и качеством жизни, определение зависимости риска ожирения от частоты ритма стула, определение связи между регулярностью ритма дефекации и эффективностью терапии артериальной гипертензии. Обследовано 2501 человек в возрасте 26-72 года, 66% женщин. Эуэнтерию определяли по частоте ежедневного стула (7 раз в неделю), брадиэнтерию – по частоте стула 1-6 раз в неделю.

Результаты. Синдром Брадиэнтерии (СБ) проявлялся тремя основными симптомами: замедлением частоты эвакуаторной функции кишечника ниже 7 раз в неделю, отсутствием утренней дефекации и приемом слабительных средств. Для СБ характерно снижение уровня качества жизни и понижение активности иммунной системы. СБ является предиктором запора. Запор является третьей (тяжелой) стадией СБ при частоте стула ниже 3 раз в неделю. Первая стадия СБ (легкая) проявлялась при частоте дефекации 5-6 раз/нд. Вторую стадию СБ (умеренную) диагностировали при частоте стула 3-4 раза/нд. При наличии утренней дефекации доминировал регулярный ежедневный ритм опорожнения кишечника (эуэнтерия - 7 раз в неделю), а при отсутствии утренней фазы дефекации – доминировала нерегулярная частота стула (3-4 раза/нд). СБ повышал риск ожирения почти в 3 раза [Shemerovskii K.A., 2015]. Возраст максимума выявления СБ (30-39 лет) на 10-20 лет опережал возраст максимума ожирения (40-49

и 50-59 лет). Артериальная гипертензия у лиц с СБ встречалась почти в 3 раза чаще (у 34% лиц), чем при эуэнтерии (у 12% лиц) [Шемеровский К.А., 2009].

При лечении ингибиторами ангиотензин пре-вращающего фермента возможность достижения целевого уровня артериального давления (ниже 140/90 мм. рт.ст.) у лиц с эуэнтерией и наличием утренней дефекации (77% случаев) была почти в 5 раз выше, чем у лиц с СБ и отсутствием утреннего стула (16% случаев) [Шемеровский К.А., 2008]. СБ у постменопаузальных женщин повышал риск сердечно-сосудистых болезней на 23% [Salmoirago-Blotcher E, 2011]. Замедление частоты дефекации у женщин США повышало риск сердечно-сосудистой смертности на 17% [Ma W, Li Y, 2016]. СБ выявлен у 47% молодых студентов и 60% пожилых пациентов [Шемеровский К.А., Кантемирова Р.К., 2020]. СБ и употребление слабительных повышали риск смертности от коронарной болезни сердца и инсульта на 56% [Kubota Y, et al., 2016]. Показано, что одним из безвредных и весьма эффективных пребиотиков, способствующих нормализации эвакуаторной функции кишечника и нормализующих уровень холестерина, является Мукофальк [Бойцов С. А., Лазебник Л. Б., 2018].

Выводы. 1. Синдром брадиэнтерии является фактором риска запора, ожирения, артериальной гипертензии, метаболического синдрома и предиктором сердечно-сосудистой смертности. 2. Скрининг синдрома брадиэнтерии как раннего индуктора коморбидности может способствовать профилактике возникновения множества внутренних болезней.

БАЗИСНАЯ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ КАК ВЕДУЩИЙ ФАКТОР, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ГЛИКОКАЛИКСА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Шиманьски Д.А.¹, Нестерович И.И.¹,

Инамова О.В.², Лапин С.В.¹, Галкина О.В.¹,
Левыкина Е.Н.¹, Трофимов В.И.¹, Власов Т.Д.¹

¹Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет
имени академика И.П. Павлова,

²Клиническая ревматологическая больница №25,
Санкт-Петербург

Цель работы. Определить влияние факторов риска неблагоприятного течения ревматоидного артрита (РА) и сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) на состояние эндотелиального гликокаликса (ЭГК).

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 103 пациента от 18 до 69 лет обоих полов (22 мужчины и 81 женщина). Диагноз РА был установлен согласно общепринятым критериям. Доля серопозитивных пациентов составила 80,6%, АЦЦП-позитивных (антитела к циклическому цитруллинированному пептиду) – 77,5%. На момент госпитализации 68,9% имели высокую, 25,2% – умеренную и 5,9% – низкую активность заболевания, оцененную по DAS28. Длительность РА составила 6 (Q1-Q3: 3-14) лет. Гипертонической болезнью страдали 55,3% пациентов. У 61,2% был повышенный сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE. Для оценки состояния ЭГК использовался темнопольный видеомикроскоп (ТМ) (KK Research Technology Ltd, Великобритания), позволяющий проводить прижизненную неинвазивную диагностику ЭГК, с программным обеспечением GlycoCheck™ (Glycocheck BV, Нидерланды). Ключевыми показателями ТМ являлись пограничная область перфузии (PBR, мкм), оцениваемая по глубине погружения эритроцитов в толщу ЭГК, что позволяло косвенно определять толщину ЭГК, и микрососудистая перфузия (RBC Filling, %), отражающая количество эритроцитов в просвете сосуда. Увеличение PBR свидетельствовало об истончении ЭГК, что наравне со снижением RBC Filling указывало на наличие эндотелиальной дисфункции. Основываясь на параметрах ТМ, в структуре исследуемой совокупности были выделены два кластера с силуэтной мерой связности и разделения 0,3. Доля первого кластера в общей структуре составила 56,3%, второго – 43,7%. Клиническое исследование одобрено ЛЭК ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ (протокол №11/2019 от 28.12.2019).

Результаты и обсуждение. Пациенты, принадлежащие к кластеру 1 (K1) имели более тонкий ЭГК (PBR $2,19 \pm 0,2$ против $1,9 \pm 0,17$ мкм; $p < 0,001$) и сниженную перфузию (RBC Filling 69,4 (Q1-Q3: 66,1-70,2) против 75,9 (Q1-Q3: 73,3-78,6)%; $p < 0,001$), хотя доля серопозитивных (64,9 против 91,2%; $p = 0,01$; ОШ 5,6) и АЦЦП-позитивных (64,9 против 88,2%; $p = 0,027$; ОШ 4,06) пациентов была выше в кластере 2 (K2). Также K2 характеризовался большей встречаемостью факторов риска ССЗ: мочевого кислоты ($325,36 \pm 94,66$ против $255,48 \pm 75,14$ мкмоль/л; $p = 0,011$), возраст ($57,74 \pm 7,94$ против $51,46 \pm 13,78$ лет; $p = 0,021$), наличие ожирения (73,5 против 43,2%; $p = 0,01$; ОШ 3,65), курение (23,5 против 5,4%; $p = 0,041$; ОШ 5,39), высокий и очень высокий риск по шкале SCORE (47,1 против 21,6%; $p = 0,024$; ОШ 3,22), наличие гипертонической болезни (67,6 против 43,2%; $p = 0,039$; ОШ 2,74). Наличие эрозий, ак-

тивность заболевания, длительность РА, продолжительность приема базисной противовоспалительной терапии (БПВП) и системных глюкокортикоидов не различалась между кластерами ($p > 0,05$), однако пациенты, принадлежащие к K1 реже получали БПВП (54,1 против 82,4%; $p = 0,011$; ОШ 3,97), что в дальнейшем повышало необходимость коррекции терапии в 3,7 раз ($p = 0,034$).

Выводы. Таким образом, отсутствие приема БПВП вносит наибольший вклад в повреждение ЭГК, отражающего дисфункцию эндотелия, по сравнению с другими факторами риска неблагоприятного течения РА и ССЗ.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЦИСТАТИНА С В КАЧЕСТВЕ МАРКЕРА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Шипилова Д.А., Нагибович О.А.

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

Цель исследования. Определить диагностическую значимость цистатина С (Цис С) в качестве маркера ренальной дисфункции у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы. Обследовано 78 пациентов с СД 2 типа, осложненным хронической болезнью почек (ХБП) 1-4 стадиями с уровнем экскреции альбумина с мочой А1-А3, которые были распределены на две группы в зависимости от наличия традиционных маркеров поражения почек: 1-я – 38 пациентов (26 мужчин и 12 женщин) в возрасте от 50 до 66 лет с продолжительностью СД от 5 до 10 лет, у которых определялась скорость клубочковой фильтрации (СКФ) выше или равная 60 мл/мин/1,73м² и уровнем альбумин-креатининового (А/Кр) соотношения от 0,06 до 2 мг/ммоль. 2-я – 40 больных (29 мужчин и 11 женщин) в возрасте от 50 до 75 лет с продолжительностью СД от 5 до 18 лет, у которых определялась СКФ ниже 60 мл/мин/1,73м² и уровнем А/Кр соотношения от 6 до 50 мг/ммоль. Группу сравнения составили 40 лиц (28 мужчин и 12 женщин) без нарушений углеводного обмена в возрасте от 55 до 71 года. Пациенты, включенные в исследование, были сопоставимы по основным антропометрическим показателям, компенсации углеводного и липидного обменов, показателям центральной гемодинамики. Диагноз ХБП устанавливали на основании определения СКФ (СКД-EPI) и

А/Кр соотношения в соответствии с рекомендациями международного общества нефрологов. Уровень Цис С измеряли в сыворотке крови и моче методом ИФА, наборами фирмы «BioVendor» (Россия) на анализаторе «Victor TM X» фирмы «Perkin Elmer» (США). Референтные значения для Цис С в сыворотке составили 0,5-1,05 мг/л, в моче – 0,03-0,18 мг/л. Статистическая обработка полученных результатов исследования проводилась с использованием программ Statistica 10 и включала методы вариационной статистики, корреляционный анализ с применением непараметрических критериев (Манна-Уитни, ро-Спирмена). Результаты представлены в виде $Me [X_{min}; X_{max}]$, где Me – медиана изучаемого параметра, $[X_{min}; X_{max}]$ – размах выборки. Был принят уровень значимости $\alpha=0,05$.

Результаты и обсуждение. СКФ_{Цис С} в группе больных СД 2 типа с традиционными признаками ХБП (группа 2) была ниже по сравнению с группами пациентов 1 и k (медианы 82 мл/мин/1,73 м² vs 94 мл/мин/1,73 м² vs 107 мл/мин/1,73 м², соответственно; $p_{1,2}=0,001$, $p_{2,k}<0,001$). Кроме того, при оценке Цис С в качестве маркера канальцевого повреждения было установлено, что у больных СД 2 типа с клинически выраженной нефропатией наблюдается более высокий уровень экскреции Цис С с мочой, чем у пациентов с СД 2 типа без традиционных признаков повреждения почек и лиц без нарушений углеводного обмена (медианы 0,56 мг/л vs 0,29 мг/л vs 0 мг/л, соответственно; $p_{1,2}=0,001$, $p_{2,k}<0,001$). В общей группе обследованных была установлена значимая связь между СКФ_{Цис С} и: креатинином крови ($\rho=-0,48$, $p=0,003$), А/Кр соотношением ($\rho=-0,45$, $p<0,001$) и СКФ_{Кр} ($\rho=0,52$, $p=0,001$). Уровень экскреции Цис С с мочой умеренно коррелировал с креатинином крови ($\rho=0,37$, $p=0,001$), А/Кр соотношением ($\rho=0,59$, $p<0,001$) и СКФ_{Кр} ($\rho=-0,38$, $p<0,001$). Кроме того, была выявлена связь между СКФ_{Цис С} и: уровнем HgbA1c ($\rho=-0,46$; $p=0,001$), длительностью СД ($\rho=-0,37$; $p=0,003$) и возрастом ($\rho=-0,38$; $p=0,003$). А также, значимая связь между Цис С мочи и: длительностью СД ($\rho=0,65$; $p<0,001$), уровнем HgbA1c ($\rho=0,47$; $p<0,001$), уровнем глюкозы ($\rho=0,37$; $p=0,003$).

Выводы. Применение цистатина С для вычисления скорости клубочковой фильтрации имеет преимущества по сравнению с рутинными способами и обеспечивает наиболее точную оценку гломерулярной фильтрации на доклинических стадиях хронической болезни почек. Для определения ранних нарушений канальцевого аппарата у больных сахарным диабетом 2 типа следует использовать измерение содержания цистатина С в моче.

РОЛЬ ФЕНОТИПОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В РАЗВИТИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Шишкин А.Н.

Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург

В многочисленных исследованиях показано, что ожирение является самостоятельным, независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, характеризующихся высокой смертностью. Многочисленные исследования подтвердили наличие тесных взаимосвязей между ожирением, артериальной гипертензией, гиперлипидемией, нарушениями толерантности к глюкозе и ИБС. Сегодня ожирение рассматривается, как фактор риска всех вышеперечисленных заболеваний. Степень кардиоваскулярного риска при ожирении зависит от распределения жировой ткани в организме и значительно выше при так называемом центральном, или андроидном типе, т. е. при преимущественном отложении жира в области туловища по сравнению с бедрами и ягодицами. У пациентов с ожирением увеличен сердечный выброс для восполнения возросших метаболических потребностей, который достигается не за счет увеличения частоты сердечных сокращений, а за счет увеличения ударного объема. Недавние обсервационные исследования показывают, что метаболически здоровый фенотип ожирения связан с более низким риском в отношении сердечно-сосудистых заболеваний и смертности, чем у лиц с метаболически нездоровым фенотипом ожирения. Наличие разного количества компонентов метаболического синдрома сегодня может быть оценено как фенотипы метаболического синдрома.

В последние годы понятие «метаболического синдрома» все время расширяется. В него теперь включают не только нарушения углеводного и липидного обменов, но и гиперурикемию, микроальбуминурию, гипертрофию миокарда, повышение содержания фибриногена в крови, увеличение адгезивной и агрегационной способности тромбоцитов, повышение концентрации некоторых реагентов острофазного ответа, активности ингибиторов активатора плазминогена, гиперандрогенизм и аномалии продукции некоторых регуляторных пептидов адипоцитарного происхождения (липокинов), а также дисфункцию эндотелия со снижением продукции окиси азота. Гиперурикемия довольно часто ассоциирована с нарушениями толерантности к глюкозе, дислипидемией и гипертензией у больных абдоминальным ожирением

и в последние годы рассматривается в качестве составляющей синдрома инсулинорезистентности. Вызывая существенные количественные и качественные изменения липопротеиновых молекул, гиперинсулинемия индуцирует атерогенные изменения липидного спектра крови. Она способствует повышению чувствительности, а возможно, и количества рецепторов для ЛПНП на клеточных мембранах стенки артерии, приводя тем самым к ускоренному транспорту избытка холестерина в сосудистую стенку. Эндотелиальная дисфункция и метаболический синдром являются тесно ассоциированными состояниями и формируют порочный круг, приводящий к метаболическим и кардиоваскулярным состояниям. Еще важным аспектом является установленная связь уровня воспалительных маркеров с бактериями толстой кишки, что отчасти подтверждает связь микробиоты толстой кишки с формированием системного воспаления, наблюдающегося при ожирении. У пациентов с метаболически нездоровым фенотипом ожирения (многокомпонентные варианты метаболического синдрома) отмечается также значительная активация симпатической нервной системы, которая осложняется наличием метаболической кардиомиопатии.

Актуальность изучения проблемы метаболических нарушений и связанных с ними заболеваний в современной медицине объясняется, прежде всего, их большим медико-социальным значением.

НЕЙРОПЕПТИД Y И ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Шкатова Я.С., Перцев А.В., Резова Н.В.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж

Фенотип бронхиальной астмы с ожирением представляет особую сложность в лечении, в то время как его распространенность возрастает. В последние годы особое внимание уделяется нейропептиду Y в связи с его возможным влиянием на клиническое течение астмы.

Цель исследования. Выявить взаимосвязь между уровнем нейропептида Y и особенностями клинического течения астмы у пациентов с ожирением и избыточным весом.

Материалы и методы. В исследование было включено 35 мужчин (25%) и 105 женщин (75%) с диагнозом БА смешанного генеза среднетяжелого течения, средний возраст которых составил $57,81 \pm 13,05$

лет. Пациенты были разделены на три группы - 1-ая группа – 46 человек (1 мужчин и 35 женщин; средний возраст – $55,33 \pm 11,01$ лет) с нормальной массой тела; 2-ая группа – 46 человек (14 мужчины и 32 женщины; средний возраст – $58,09 \pm 8,18$ лет) с избыточной массой тела; 3-я группа – 48 человек (10 мужчины и 38 женщин; средний возраст – $57,56 \pm 8,60$ лет) с ожирением. Статистически значимых различий по полу, возрасту, уровню образования, семейному положению и трудовому статусу выявлено не было ($p > 0,05$). Всем пациентам проводилась спирометрия, оценка индекса массы тела (ИМТ), анкетирование. Для оценки контроля над БА использовали тест по контролю над астмой - Asthma Control Test (ACT). У всех пациентов измерялись уровни лептина, адипонектина, нейропептида Y (NPY), степень общего окислительного повреждения молекул. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ STATGRAPHICS 5.1 Plus for Windows.

Результаты. Контроль над астмой был достоверно ниже в группе больных с астмой и ожирением по сравнению с пациентами с нормальной и избыточной массой тела. Уровень лептина был достоверно выше в группе больных БА и ожирением по сравнению с пациентами с нормальной массой тела и избыточной массой тела и составил $22,16 \pm 8,53$, $9,44 \pm 4,32$ и $11,67 \pm 4,10$ нг/мл соответственно ($p < 0,05$). Уровень нейропептида Y был достоверно выше в группе пациентов с ожирением ($0,71 \pm 0,20$ нг/мл), чем у больных с нормальной ($0,30 \pm 0,12$ нг/мл) и избыточной массой тела ($0,47 \pm 0,10$ нг/мл) ($p < 0,05$). Достоверных различий по уровню адипонектина между сравниваемыми группами не выявлено ($p > 0,05$). Уровень NPY имел тесную обратную корреляционную связь с показателем ЖЕЛ ($r = -0,75$; $p < 0,05$); среднюю обратную корреляционную связь с показателями ОФВ1 ($r = -0,57$; $p < 0,05$), МОС 25 ($r = -0,53$; $p < 0,05$); умеренную обратную корреляционную связь с показателями ФЖЕЛ ($r = -0,45$; $p < 0,05$), индекса Тиффно ($r = -0,32$; $p < 0,05$), МОС 50 ($r = -0,41$; $p < 0,05$), ПОС ($r = -0,38$; $p < 0,05$), умеренную обратную корреляционную связь с показателем ACT ($r = -0,37$; $p < 0,05$), умеренную прямую корреляционную связь со степенью общего окислительного повреждения молекул ($r = 0,35$; $p < 0,05$).

Выводы. У больных БА и ожирением наблюдается более высокий уровень нейропептида Y, имеющий обратную корреляцию со спирометрическими параметрами, контролем астмы (в соответствии с ACT) и прямую корреляцию с уровнем общего окислительного повреждения молекул, что свидетельствует о возможном провоспалительном эффекте нейропептида Y, способствующем неблагоприятному течению бронхиальной астмы. Таким образом, требуются дальнейшие исследования для

установления характера взаимосвязи нейропептида Y и обострений бронхиальной астмы, а также механизма влияния нейропептида Y на патогенез астмы.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ С ТРЕНИРОВКАМИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ МУСКУЛАТУРЫ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Шкатова Я.С., Резова Н.В., Перцев А.В.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Фенотип бронхиальной астмы с ожирением представляет особую сложность в лечении, в то время как его распространенность возрастает. Тренировки дыхательной мускулатуры при помощи специальных приборов показывают большую эффективность у пациентов с хроническими респираторными заболеваниями по сравнению с простыми дыхательными упражнениями.

Цель исследования. Включить в программу реабилитации пациентов с бронхиальной астмой тренировку мышц дыхательной мускулатуры и оценить ее влияние на клиническое течение бронхиальной астмы.

Материалы и методы. Пациенты были разделены на две группы – 1 группа пациентов включала 87 человек с ожирением (27 (31,03%) мужчин и 60 (68,97%) женщин (средний возраст $55,38 \pm 10,03$ лет)), которые получали стандартную базисную терапию, а также участвовали в комплексной лечебно-профилактической программе (ЛПП), включающей тренировку дыхательной мускулатуры, 2 группа – 37 пациентов с ожирением (13 (35,14%) мужчин и 24 (64,86%) женщины (средний возраст $56,30 \pm 13,16$ лет)), получающие только базисную терапию БА. Группы были сопоставимы по основным социально-демографическим показателям. Для оценки контроля над БА использовали тест по контролю над астмой – Asthma Control Test (ACT). Для качественной оценки выраженности клинических симптомов БА использовали 10-балльную визуальную аналоговую шкалу (ВАШ). Комплексная лечебно-профилактическая программа включала обучение пациентов, рекомендации по отказу от курения, дозированной физической нагрузке, диетические рекомендации, тренировку дыхательной мускулатуры. Тренировки дыхательной мускулатуры осуществлялись с использованием дыхательного тренажера

Threshold Inspiratory Muscle Trainer (Threshold IMT) (Respironics Respiratory Drug Delivery Ltd., Великобритания) (Weiner P. et al., 2004). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ STATGRAPHICS 5.1 Plus for Windows.

Результаты. В 1 группе больных БА на фоне курса ЛПП через 12 месяцев достоверно уменьшились значения ОТ с $110,25 \pm 14,23$ до $104,25 \pm 11,21$ см ($p=0,0073$), достоверно снизился ИМТ с $38,29 \pm 7,25$ до $34,47 \pm 6,91$ кг/м² ($p=0,0005$). ($p=0,9508$), ($p=0,6687$). Также в группе больных БА 1 группы на фоне ЛПП через 12 месяцев достоверно снизилось число обострений заболевания в течение последних 12 месяцев с $3,26 \pm 0,17$ до $1,61 \pm 0,16$, ($p=0,0000$), достоверно снизилось число вызовов бригад СМП в течение последних 12 месяцев с $2,91 \pm 0,18$ до $1,75 \pm 0,17$ раз ($p=0,0000$), достоверно снизилось число госпитализаций в течение последних 12 месяцев с $1,57 \pm 0,19$ до $0,94 \pm 0,23$ ($p=0,0000$). У больных БА 1 группы после проведенной ЛПП отмечается достоверная положительная динамика самооценки выраженности симптомов по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) одышки, затрудненного дыхания, кашля, вязкой мокроты. По результатам опросника АСТ у пациентов 1 группы отмечается статистически значимое увеличение контроля астмы: исходные значения опросника АСТ составляли $20,22 \pm 0,42$, после проведенной ЛПП данные значения улучшились до $22,58 \pm 1,79$ ($p=0,0000$). Во 2 группе больных БА изменения не были статистически значимыми.

Выводы. Лечебно-профилактическая программа, включающая рекомендации по питанию, физической нагрузке, а также тренировку дыхательной мускулатуры привела к улучшению качества жизни, а также контроля бронхиальной астмы у пациентов с бронхиальной астмой и ожирением.

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА RS5219 ГЕНА KCNJ11 С ПОКАЗАТЕЛЯМИ НЕПРЕРЫВНОЙ ГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КРИВОЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ПОЛУЧАЮЩИХ ТЕРАПИЮ ВИЛДАГЛИПТИНОМ

Шорохова П.Б., Баранов В.Л.
Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Введение. Полиморфный маркер rs5219 в гене KCNJ11, кодирующем субъединицу Kir6.2 K⁺_{АТФ}-каналов, тесно связан с повышенным риском раз-

вития сахарного диабета 2 типа (СД2) в различных этнических популяциях. Данный однонуклеотидный полиморфизм (ОНП) широко изучался в связи с его возможным вкладом в вариабельность гипогликемизирующего эффекта при применении пероральных сахароснижающих препаратов (ПССП) из группы сульфонилмочевины. Однако, роль генетического полиморфизма KCNJ11 в индивидуальной восприимчивости больных СД2 к ПССП из других групп, в частности ингибиторам ДПП-4, на сегодняшний день до конца не определена.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь носительства полиморфизма rs5219 в гене KCNJ11 с индивидуальной чувствительностью к вилдаглиптину у больных с впервые выявленным СД2 на основании анализа показателей непрерывной гликемической кривой.

Материалы и методы. В исследование включено 48 пациентов (18 мужчин и 30 женщин) с впервые диагностированным СД2. Медиана возраста больных в исследуемой выборке составила 59 [55; 62] лет, медиана ИМТ – 30,6 [28,5; 32,4] кг/м², глюкозы крови натощак – 8,8 [8,2; 10,1] ммоль/л, уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) – 8,90 [7,80; 9,60] %. Всем пациентам была назначена монотерапия вилдаглиптином в стандартной начальной дозе. Генотипирование пациентов осуществлялось с использованием набора реагентов для определения ОНП rs5219 (C>T) гена KCNJ11 (Синтол, Россия) методом ПЦР-РВ. Для оценки выраженности фармакологического ответа на терапию вилдаглиптином проводился непрерывный мониторинг гликемии (НМГ) с использованием устройства iPro2® (Medtronic, США) – системы постоянного мониторинга глюкозы с последующим ретроспективным анализом данных. Статистический анализ осуществлялся при помощи программного пакета Statistica 10,0 (StatSoft, США) с применением непараметрических критериев. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Частота минорного аллеля T составила 0,39. Распределение генотипов соответствовало равновесию Харди-Вайнберга. В соответствии с результатами проведенного молекулярно-генетического исследования все пациенты были разделены на две группы в зависимости от генотипа по ОНП rs5219: носители дикого генотипа CC (n=20) и носители полиморфных генотипов CT и TT (n=28). Минимальный 24-часовой уровень глюкозы крови у носителей аллельных вариантов гена был достоверно ниже, чем у носителей генотипа CC: 4,0 [3,5; 5,4] против 6,0 [5,9; 6,3] ммоль/л соответственно ($p=0,042$). Кроме того, в группе носителей генотипов CT и TT по сравнению с пациентами с диким генотипом CC отмечалась отчетливая тенденция к более низкому среднесуточному уровню гликемии: 6,3 [5,4; 6,8] против 7,6 [5,9; 6,4] ммоль/л

соответственно ($p=0,075$), а также тенденция к более длительному пребыванию в диапазоне относительно низкого уровня глюкозы крови: 20,0 [0,0; 75,0] и 0,0 [0,0; 0,0] мин соответственно ($p=0,20$). Различий в показателях вариабельности гликемии между изучаемыми группами не наблюдалось: 24-часовое стандартное отклонение для носителей дикого генотипа составило 1,2 [0,9; 1,3] ммоль/л против 0,9 [0,8; 1,1] ммоль/л среди носителей полиморфных генотипов ($p > 0,05$).

Выводы. Таким образом, анализ данных НМГ позволяет заключить, что полиморфизм rs5219 гена KCNJ11 ассоциирован с более значимым снижением уровня глюкозы крови на фоне терапии вилдаглиптином у пациентов с впервые диагностированным СД2. Обнаруженные различия обусловлены, по всей видимости, высокой восприимчивостью к антигипергликемическому действию вилдаглиптина у носителей полиморфных генотипов KCNJ11.

ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ФОНЕ ЛАТЕНТНЫХ ВНУТРИКЛЕТОЧНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Шпигун Н.В., Семенов В.М., Солодовникова С.В.
Витебский государственный
медицинский университет,
г. Витебск, Республика Беларусь

Одной из ведущих причин нетрудоспособности, инвалидности и смертности не только в Республике Беларусь, но и во всем мире, является артериальная гипертензия (АГ). А одной из причин развития АГ является дисфункция эндотелия, которая проявляется снижением дилатации сосудов и нарастанием вазоконстрикции, активацией системы цитокинов и нарушением тромборезистентности сосудистой стенки. Известно также, что основными механизмами развития АГ считаются длительно существующая гемодинамическая перегрузка артерий, гиперактивация ренин-ангиотензин-альдостероновой и симпатико-адреналовой систем. Все эти перечисленные механизмы реализует свое патологическое влияние именно через эндотелий. Нарушению функции эндотелия также способствует гиперхолестеринемия, гипергликемия, курение, повышенное содержание катехоламинов и иммунных комплексов, старение, менопауза. Также к патологическим факторам риска («не классическим»), которые вызывают эндотелиальную дисфункцию, относят и внутриклеточные латентные вирусные инфекции. Объектами нашего внимания стали вирус простого

герпеса 1 и 2 типа (ВПГ 1 и 2 типа), а также цитомегаловирус (ЦМВ).

Цель исследования. Изучить связь ВПГ 1 и 2 типа, ЦМВ с эндотелиальной дисфункцией у пациентов с АГ.

Материалы и методы. Обследовано 67 пациентов с АГ на базе кардиологического отделения ВОКБ, из них 48 мужчин и 19 женщин в возрасте от 25 до 69 лет (средний возраст составил 47 лет). Всем пациентам, проходившим стационарное лечение, выполнялось комплексное обследование, включавшее: анализ жалоб, анамнез заболевания и жизни, врачебный осмотр, регистрацию ЭКГ, ЭХО-КГ, проведение рентгенографии органов грудной клетки, офтальмоскопию, УЗИ почек, СМАД, общие клинические анализы крови и мочи, биохимическое исследование крови, СРБ, фибриноген, КФК, липидный спектр крови, ПЦР в реальном времени для выявления вирусных нуклеиновых кислот к ВПГ 1 и 2 типа и ЦМВ, ИФА на наличие гомологичных антител, ФНО - альфа, ИЛ-6, определение уровня эндотелина-1, неинвазивный метод диагностики функционального состояния эндотелия путем оценки постокклюзионного изменения диаметра плечевых артерий с помощью ультразвука высокого разрешения. Все исследования проводились в стандартных условиях, по единым методикам. Стратификация степени АГ, оценка риска, а также верификация диагноза проводились в соответствии с Национальными рекомендациями Республики Беларусь по диагностике и лечению артериальной гипертензии. Для выделения вирусных нуклеиновых кислот из сыворотки крови применяли тест-систему для обнаружения и количественного определения ДНК ЦМВ и ДНК ВПГ 1 и 2 типа в сыворотке крови методом REAL-TIME PCR («СИВитал», Республика Беларусь).

На основании комплексного изучения субъективного и объективного состояния обследованных пациентов, эндотелий-зависимой и эндотелий-независимой вазодилатации, ряда показателей метаболического статуса, маркеров воспаления, состояния внутрисердечной гемодинамики, суточного профиля АД, фрагментов генома патогенов и гомологичных антител у пациентов, страдающих АГ, установлена значимая связь (61%) эндотелия с маркерами внутриклеточных латентных вирусных инфекций.

Выводы. 1. При АГ у пациентов определяется прямая достоверная связь маркеров внутриклеточной латентной вирусной инфекции с общеизвестными факторами риска АГ, уровнем липидов и гликемии, белками острой фазы (СРБ), провоспалительными цитокинами (ИЛ-6), отношением Е/А и эндотелиальной дисфункцией. 2. У пациентов, страдающих более тяжелой формой АГ, наблюдается значимое увеличение частоты выявления в крови антител к ВПГ 1 и 2 типов и ЦМВ. Для этих же лиц

характерно значимо более частое (52%) сочетание двух и более инфекционных вирусных агентов.

ВЛИЯНИЯ АЛЛЕЛЬНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА CYP2D6 НА ДОСТИЖЕНИЕ МАКСИМАЛЬНОЙ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ БИСОПРОЛОЛА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Шумков В.А., Болдуева С.А., Петрова В.Б.,
Загородникова К.А., Петрова А.И.
Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Бисопролол является одним из наиболее эффективных и часто назначаемых в клинической практике бета-адреноблокаторов (ББ). Широкое применение бисопролола обусловлено его высокой эффективностью при лечении больных с артериальной гипертензией, ХСН и КБС.

Цель исследования. Анализ влияния активности CYP2D6 на хронотропный эффект терапии бисопрололом у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС).

Материалы и методы. В проспективное исследование в течение года включали пациентов с диагнозом ОКС (нестабильная стенокардия, острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST, острый инфаркт миокарда без подъема сегмента ST), поступающих на лечение в отделение кардиологии для лечения больных инфарктом миокарда клиники им. Петра Великого, которым по клиническим показаниям был назначен бисопролол. Всем пациентам проводили молекулярно-генетическое тестирование по средствам ПЦР и определяли аллельные варианты CYP2D6*3 и CYP2D6*4. С целью оценки эффективности терапии бисопрололом всем пациентам на 10 сутки проводили суточное мониторирование ЭКГ с помощью регистратора «КАРДИОТЕХНИКА-04», оценивали следующие параметры: минимальная ЧСС, средняя ЧСС за сутки, максимальная ЧСС и ЧСС при нагрузочной пробе. Тест с нагрузкой выполняли в виде лестничной пробы с оценкой жалоб больного, контролем ЧСС и цифр АД, применяли стандартные критерии прекращения пробы. Результаты. В исследование были включены 93 пациента, 58 мужчин и 35 женщин. Средний возраст пациентов – 63 года. В исследуемой популяции CYP2D6*3

не был обнаружен. Мутация СYP2D6*4 встречалась с частотой 15%, что сопоставимо с ранее опубликованными данными по российской популяции. Распределение аллелей соответствовало закону Харди-Вайнберга (хи-квадрат, $p > 0,05$). С целью определения влияния генетически предопределенной активности СYP2D6 на эффективность терапии бисопрололом у пациентов с ОКС мы выделили группу пациентов-носителей аллельного варианта СYP2D6*4 в гомозиготной или гетерозиготной форме (AA/AG), группу со сниженной скоростью метаболизма, и группу с генотипом СYP2D6 GG (группа с нормальной или повышенной скоростью метаболизма). В корреляционном анализе носительство СYP2D6*4 в гетерозиготной или гомозиготной форме ассоциировалось с меньшей максимальной ЧСС при нагрузке ($r = -0,21$; $p < 0,05$). Максимальная ЧСС при нагрузке у носителей СYP2D6*4 составила 107 [105; 119], в группе сравнения – 114 [108; 120]. Различие было значимым с $p < 0,05$ (значения выражены в виде медианы [25%; 75%]).

Заключение. В данном исследовании впервые выявлена роль влияния аллельных вариантов гена СYP2D6 на достижение максимальной ЧСС при нагрузке при применении бисопролола у пациентов с ОКС. Эти данные могут быть использованы в максимальной персонализации терапии пациентов.

ФОРМИРОВАНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ – ВАЖНАЯ ЗАДАЧА ВРАЧА РЕВМАТОЛОГА

Щемелева Е.В., Скородумова Е.А.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт имени И.И. Джанелидзе,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить приверженность к уратснижающей терапии (УСТ) пациентов с подагрой, обследованных в СПб НИИСП им. И.И. Джанелидзе.

Материал и методы. Исследование проведено на базе ГБУ «СПб НИИСП им. И.И. Джанелидзе». Обследовано 76 пациентов обоего пола старше 18 лет, страдающих подагрой: 44 человека были госпитализированы в институт с различными диагнозами, 32 пациента из базы данных стационара и приглашены для осмотра и заполнения опросника. Средний возраст больных 56,7±2,0 лет. Из них мужчин – 71 (93,4%), женщин – 5 (6,6%). Длительность заболевания от 1 до 31 года, в среднем 8,5±1,2 лет. Критериями включения являлись наличие подагры, согласие

на осмотр и заполнение опросника. Диагноз заболевания подтвержден согласно классификационным критериям диагностики подагры ACR/EULAR, 2015 г. Использовался оригинальный опросник для пациентов с подагрой. Статистический анализ осуществлен с помощью программы MS Excel 2010.

Результаты. Из 76 обследованных только у 10 (13,2%) пациентов не было приступов подагры за последние 12 месяцев, у остальных 66 (86,8%) приступы сохранялись. Все опрошенные без исключения знали о необходимости соблюдения гипоурикемической диеты и имели представление о продуктах, которые нужно ограничивать в рационе. При этом, только 47,4% больных диету соблюдали или старались придерживаться с периодическими отступлениями, более половины пациентов диету не соблюдали совсем. УСТ получали 31 (40,8%) опрошенных. Принимали аллопуринол на момент опроса 29 человек (93,5% из получающих терапию), большая часть (61,3%) использовала фиксированную дозу 100 мг/сут. 10 (32,3%) опрошенных принимали более высокие дозы аллопуринола (от 200 до 400 мг/сут.). Еще 6 (7,9%) больных принимали аллопуринол эпизодически, время от времени. Всего двое пациентов (6,5%) получали фебуксостат 80 мг/сут. 45 человек (59,2%) УСТ не получали. Из них 7 (9,2%) пациентов принимали аллопуринол ранее, но самостоятельно его себе отменили. Причиной отмены были: отсутствие подагрических приступов, сохраняющиеся приступы на фоне приема аллопуринола, неготовность больного к пожизненной УСТ. У троих пациентов (3,9%) имелась непереносимость аллопуринола, 28 (36,8%) опрошенных никогда не принимали уратснижающие препараты. 29 человек (38,2%) нашей выборки никогда ранее не осматривались ревматологом, подагра была диагностирована и рекомендации по лечению давались врачами других специальностей (терапевты, хирурги, врачи общей практики). Только один больной (1,3%) из опрошенных наблюдался ревматологом регулярно, а 46 пациентов (60,5%) консультировались ревматологами однократно за период болезни или наблюдались нерегулярно. При этом, в группе пациентов, наблюдаемых специалистом (в том числе однократно проконсультированных), диеты придерживались 57,5% больных, а УСТ получали 53,2%. В группе опрошенных, никогда ранее не осмотренных ревматологом, эти показатели составляют 31,0% и 20,7% соответственно ($p < 0,05$).

Заключение. В целом, диету соблюдают только около половины пациентов с подагрой. Лишь 40,8% получают УСТ. Таким образом, приверженность к терапии среди таких больных является низкой, что соответствует результатам других аналогичных исследований в мире. Это приводит к увеличению пула пациентов с приступами подагры. Наблюдение профильного специалиста (ревматолога) повышает приверженность больных к лечению.

ФОРМИРОВАНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ – ВАЖНАЯ ЗАДАЧА ВРАЧА РЕВМАТОЛОГА

Щемелева Е.В., Скородумова Е.А.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский
институт имени И.И. Джанелидзе,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить приверженность к уратснижающей терапии (УСТ) пациентов с подагрой, обследованных в СПб НИИСП им. И.И. Джанелидзе.

Материал и методы. Исследование проведено на базе ГБУ «СПб НИИСП им. И.И. Джанелидзе». Обследовано 76 пациентов обоего пола старше 18 лет, страдающих подагрой: 44 человека были госпитализированы в институт с различными диагнозами, 32 пациента из базы данных стационара и приглашены для осмотра и заполнения опросника. Средний возраст больных 56,7±2,0 лет. Из них мужчин – 71 (93,4%), женщин – 5 (6,6%). Длительность заболевания от 1 до 31 года, в среднем 8,5±1,2 лет. Критериями включения являлись наличие подагры, согласие на осмотр и заполнение опросника. Диагноз заболевания подтвержден согласно классификационным критериям диагностики подагры ACR/EULAR, 2015 г. Использовался оригинальный опросник для пациентов с подагрой. Статистический анализ осуществлен с помощью программы MS Excel 2010.

Результаты. Из 76 обследованных только у 10 (13,2%) пациентов не было приступов подагры за последние 12 месяцев, у остальных 66 (86,8%) приступы сохранялись. Все опрошенные без исключения знали о необходимости соблюдения гипоурикемической диеты и имели представление о продуктах, которые нужно ограничивать в рационе. При этом, только 47,4% больных диету соблюдали или старались придерживаться с периодическими отступлениями, более половины пациентов диету не соблюдали совсем. УСТ получали 31 (40,8%) опрошенных. Принимали аллопуринол на момент опроса 29 человек (93,5% из получающих терапию), большая часть (61,3%) использовала фиксированную дозу 100 мг/сут. 10 (32,3%) опрошенных принимали более высокие дозы аллопуринола (от 200 до 400 мг/сут.). Еще 6 (7,9%) больных принимали аллопуринол эпизодически, время от времени. Всего двое пациентов (6,5%) получали фебуксостат 80 мг/сут. 45 человек (59,2%) УСТ не получали. Из них 7 (9,2%) пациентов принимали аллопуринол ранее, но самостоятельно его себе отменили. Причиной от-

мены были: отсутствие подагрических приступов, сохраняющиеся приступы на фоне приема аллопуринола, неготовность больного к пожизненной УСТ. У троих пациентов (3,9%) имелась непереносимость аллопуринола, 28 (36,8%) опрошенных никогда не принимали уратснижающие препараты. 29 человек (38,2%) нашей выборки никогда ранее не осматривались ревматологом, подагра была диагностирована и рекомендации по лечению давались врачами других специальностей (терапевты, хирурги, врачи общей практики). Только один больной (1,3%) из опрошенных наблюдался ревматологом регулярно, а 46 пациентов (60,5%) консультировались ревматологами однократно за период болезни или наблюдались нерегулярно. При этом, в группе пациентов, наблюдаемых специалистом (в том числе однократно проконсультированных), диеты придерживались 57,5% больных, а УСТ получали 53,2%. В группе опрошенных, никогда ранее не осмотренных ревматологом, эти показатели составляют 31,0% и 20,7% соответственно ($p < 0,05$).

Заключение. В целом, диету соблюдают только около половины пациентов с подагрой. Лишь 40,8% получают УСТ. Таким образом, приверженность к терапии среди таких больных является низкой, что соответствует результатам других аналогичных исследований в мире. Это приводит к увеличению пула пациентов с приступами подагры. Наблюдение профильного специалиста (ревматолога) повышает приверженность больных к лечению.

СИНДРОМ АКТИВАЦИИ МАКРОФАГОВ И ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ SARS-COV-2

Щербанев К.Г.¹, Перепелица С.А.^{1,2},
Михайлова Л.В.¹

¹Балтийский федеральный университет
имени Иммануила Канта,
г. Калининград,

²Научно-исследовательский институт
общей реаниматологии имени В.А. Неговского
Федерального научно-клинического центра
реаниматологии и реабилитологии,
Москва

Цель исследования. Установить вероятность развития синдрома активации макрофагов и выявить факторы риска развития острого повреждения почек

у пациентов с новой коронавирусной инфекцией, вызванной вирусом SARS-CoV-2.

Материалы и методы. Данное ретроспективное исследование было одобрено Независимым этическим комитетом Центра клинических исследований ФГАОУ ВО «БФУ им. И. Канта» (выписка № 23 от 27.04.21.). В исследование включено 236 пациентов, поступивших в инфекционный стационар с подтвержденным диагнозом «Коронавирусная инфекция, вызванная вирусом SARS-CoV-2». Всем пациентам при поступлении, на 3-5 и 7-9 сутки определялся уровень креатинина сыворотки крови, проводилось исследование уровней ферритина, лактатдегидрогеназы (ЛДГ), С-реактивного белка (СРБ). Уровень интерлейкина-6 (ИЛ-6) исследовался однократно при поступлении. Острое повреждение почек (ОПП) диагностировалось согласно критерию KDIGO, 2012: подъем уровня креатинина в сыворотке крови более чем на 26,5 мкмоль/л в течение 48 часов. Оценивали наличие сопутствующих заболеваний, таких как гипертоническая болезнь (ГБ), ишемическая болезнь сердца (ИБС) и коморбидности. В зависимости от наличия/отсутствия ОПП пациенты были разделены на 2 группы:

Группа «А» – 160 пациентов без ОПП, из них 68 мужчин (57,5%) и 92 женщины (42,5%). Средний возраст составил 56,8±17,3 лет; ИМТ 27,5±5,3 кг/м²;

Группа «В» – 76 пациентов с ОПП, из них 36 мужчин (47,4%) и 40 женщин (52,6%). Средний возраст составил 66,5±14,6 лет; ИМТ 28,7±5,5 кг/м²;

Статистически значимые различия между группами выявлены по возрасту ($p=0,0000$), по полу и ИМТ статистически значимых различий не было ($p>0,05$).

Результаты и обсуждение. Основным маркером степени тяжести и высокой вероятности развития полиорганной недостаточности является ИЛ-6. Уровень ИЛ-6 в сыворотке крови статистически значимо различался между группами, в группе «А» он составил 1,9 [0,1;11,2] пг/мл, а в группе «В» – 7,1 [1,9;11,2] пг/мл ($p<0,05$). При исследовании маркеров воспаления выявлены статистически значимые различия между группами. В группе «А» уровень СРБ составил: 12,8 [3,8; 53,6] мг/л, 6,8 [2,7; 22,9] мг/л, 2,9 [0,75; 8,8] мг/л, а в группе «В» 30,8 [10,0; 92,4] мг/л, 16,9 [4,2; 36,9] мг/л, 7,2 [2,1; 17,5] мг/л в день поступления, на 3-5 и на 7-9 сутки госпитализации соответственно, различия статистически значимы ($p<0,05$). Уровень ферритина в группе «А»: 243,4 [110,2;557,8] мкг/л, 313,7 [123,1;611,6] мкг/л, 363,0 [172,8;737,8] мкг/л, в группе «В»: 316,2 [190,6;684,6] мкг/л, 401,7 [215,5;712,5] мкг/л, 461,1 [280,4;748,5] мкг/л в день поступления, на 3-5 и 7-9 сутки лечения соответственно, различия статистически значимы

($p<0,05$). Уровень ЛДГ в группе «А» составил: 457,9 [378,2;590,3] Ед/л; 466,8 [372,0;615,0] Ед/л 462,6 [375,1;607,7] Ед/л, в группе «В» 513,0 [431,0;675,0] Ед/л, 559,0 [449,6;661,7] Ед/л, 526,0 [420,0;731,0] Ед/л в день поступления, на 3-5 сутки и на 7-9 сутки соответственно, различия статистически значимы ($p<0,05$). Частота встречаемости заболеваний и коморбидности, на фоне которых произошло развитие новой коронавирусной инфекции, выше в группе «В»: ГБ страдают 45 (59,2%) пациентов, ИБС – 27 (35,5%), коморбидность встречалась у 69 (90,8%) пациентов, в группе «А» ГБ страдают 70 (43,7%) пациентов, ИБС – 30 (18,7%), коморбидность выявлена у 126 (78,7%), различия статистически значимы ($p<0,05$).

Выводы. Синдром активации макрофагов, для которого характерно стойкое повышение таких маркеров воспаления, как СРБ, ферритин, ЛДГ и ИЛ-6, ассоциирован с прямым повреждением почек уже в остром периоде заболевания. Течение коронавирусной инфекции у этих пациентов характеризуется снижением СРБ и стабильно высокими показателями ферритина и ЛДГ, по сравнению с пациентами без повреждения почек. Неблагоприятными факторами развития острого повреждения почек у пациентов с коронавирусной инфекцией, вызванной вирусом SARS-CoV-2, являются возраст, наличие гипертонической болезни и ишемической болезни сердца, коморбидность.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННАЯ ВИРУСОМ SARS-COV-2, У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Юнусова Ф.Г.¹, Перепелица С.А.^{1,2},
Малышенко Ю.А.¹

¹Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта, г. Калининград,

²Научно-исследовательский институт общей реаниматологии имени В.А. Неговского Федерального научно-клинического центра реаниматологии и реабилитологии, Москва

Цель исследования. Изучить гендерные особенности течения новой коронавирусной инфекции, вызванной вирусом SARS-CoV-2 у больных с сахарным диабетом.

Материалы и методы. Данное ретроспективное исследование было одобрено Независимым

этическим комитетом Центра клинических исследований ФГАОУ ВО «БФУ им. И. Канта» (выписка из Протокола заседания НЭК №23 от 27.04.2021 г.). В исследование включено 82 пациента с сахарным диабетом (СД), госпитализированных с установленным диагнозом «Коронавирусная инфекция, вызванная вирусом SARS-CoV-2». Всем пациентам при поступлении, на 3-5, 7-9 сутки лечения в сыворотке крови определялись уровни гликемии натощак, С-реактивного белка (СРБ), ферритина, лактатдегидрогеназы (ЛДГ). Пациенты были разделены на 2 группы по гендерному признаку:

Группа «А» – 29 мужчин. Средний возраст пациентов составлял $68,1 \pm 10,4$ лет; индекс массы тела – $29,5 \pm 5,8$ кг/м²; длительность болезни до госпитализации $5,5$ [3,5; 9,0] дней; длительность госпитализации 11 [10,0; 18,0] дней.

Группа «В» – 53 женщины. Средний возраст пациентов составлял $69,9 \pm 10,9$ лет; индекс массы тела – $30,3 \pm 5$ кг/м²; длительность болезни до госпитализации $7,0$ [5,0; 10,0] дней; длительность госпитализации 11 [9,0; 14,0] дней.

Статистически значимых различий по возрасту, антропометрическим данным, длительности болезни до госпитализации и лечения в стационаре не выявлено ($p > 0,05$).

Результаты. При поступлении у всех пациентов была диагностирована гипергликемия: в группе «А» средний уровень гликемии составил $10,8 \pm 4,1$ ммоль/л, а в группе «В» – $7,8 \pm 5,2$ ммоль/л. Течение коронавирусной инфекции сопровождалось сохраняющейся гипергликемией. На 3-5 сутки лечения средний уровень гликемии в группе «А» составил – $9,9 \pm 4,9$ ммоль/л, а в группе «В» – $9,1 \pm 3,5$ ммоль/л, на 7-9 сутки – соответственно $10,0 \pm 4,8$ ммоль/л, – $9,1 \pm 3,8$ ммоль/л. За весь период лечения различий в уровне гликемии между группами не выявлено ($p > 0,05$). При исследовании маркеров воспаления, а именно уровня СРБ установлено, что при поступлении в стационар он был повышен в обеих группах и составил соответственно в группе «А» – $27,7$ [15,5%; 93,7] мг/л, а в группе «В» – $29,5$ [11,0; 91,4] мг/л. За время госпитализации уровень СРБ статистически значимо снизился и к 7-9 суткам составил в группе «А» – $3,5$ [2,0; 9,3] мг/л, а в группе «В» – $6,5$ [0,74; 17,5] мг/л. Различия между группами статистически незначимы ($p > 0,05$). В результате исследования установлено, что у мужчин течение новой коронавирусной инфекции на фоне СД характеризуется повышенным уровнем ферритина. В день поступления уровень ферритина в группе «А» составил $488,5$ [184,2; 788,9] мкг/л, а в группе «В» – $216,3$ [142,6; 489,7] мкг/л ($p = 0,0000$). В дальнейшем (3-5, 7-9 сутки) ферритин был статистически значи-

мо выше в группе «А» – $521,8$ [123,1; 928,7] мкг/л, $458,8$ [131,4; 846,2] мкг/л, по сравнению с группой «В» – $218,3$ [105,6; 611,6] мкг/л, $241,1$ [124,8; 439,5] мкг/л соответственно ($p = 0,0000$). Уровень ЛДГ при поступлении был статистически значимо выше в группе «В», по сравнению с группой «А» и составил у женщин $436,5$ [393,5; 515,5] Ед/л, а у мужчин – $500,5$ [427,0; 666,0] Ед/л. В последующие дни статистически значимых различий выявлено не было ($p > 0,05$).

Выводы. Установлены гендерные отличия изменений маркеров воспаления у пациентов с сахарным диабетом и новой коронавирусной инфекцией, вызванной SARS-CoV-2: у мужчин течение заболевания сопровождается статистически значимым повышением ферритина, тенденции к его снижению не отмечается, у женщин наблюдалось только повышение уровня лактатдегидрогеназы при поступлении в стационар.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НАСЛЕДСТВЕННОГО ПОЛИПОЗА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Янова Т.И., Бодунова Н.А., Полякова В.В.
Московский клинический научный центр
имени А.С. Логинова,
Москва

Цель исследования. Продемонстрировать роль генетического тестирования в дифференциальной диагностике Синдрома Пейтца-Егерса.

Материалы и методы. Представлены клинические и генетические данные пациента с множественными полипами ЖКТ, который обратился за медицинской помощью в ГБУЗ МКНЦ им.А.С. Логинова ДЗМ.

Результаты и обсуждение. Пациент 21 г. госпитализирован в МКНЦ им. А.С. Логинова для проведения оперативного вмешательства в объеме эндоскопической резекции слизистой толстой кишки с последующей резекцией новообразований. Для исключения наследственной природы заболевания направлен на консультацию генетика. Из анамнеза известно, что с детства было обнаружено более 70 полипов ЖКТ, проведено 16 операций, наблюдался гастроэнтерологом. Семейный анамнез отягощен случаем множественного полипоза ободочной кишки с 16 лет у отца; полипозом желудка у полусибсов (братьев 6 и 9 лет со стороны отца). Братьям проведено исследование кодирующей части гена STK11, в

результате патогенных и вероятно-патогенных вариантов не выявлено. Пробанду был установлен предположительный диагноз- синдром Пейтца-Егерса и рекомендовано проведение поиска протяженных делеций/дупликаций в гене STK11(NM_000455.5) методом MLPA. В результате обнаружена мутация del 2-8 ex [g.(?_001169421)_ (001174101_?)del]. Выявлен ранее не описанный, приводящий к укорочению (truncating mutation) и нарушению функции финального продукта гена, патогенный вариант. По данным литературы на сегодняшний день недостаточно данных для оценки тяжести течения заболевания на основании выявленной мутаций. Однако в отличии от миссенс-вариантов, носительство truncating-мутаций коррелирует более высоким риском развития злокачественных новообразований. На основании этого был составлен индивидуальный план наблюдения и рекомендовано провести ДНК-диагностику ближайшим родственникам.

Заключение. Представленный клинический случай подчеркивает важность использования молекулярно-диагностических исследований в дифференциальной диагностике у пациентов с подозрением на наследственный полипоз.

ОСОБЫЕ ФОРМЫ ИБС: ВАЗОСПАСТИЧЕСКАЯ СТЕНОКАРДИЯ

**Ярмош И.В., Болдуева С.А., Гузёва В.М.,
Леонова И.А.**

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

Вазоспастическая стенокардия (ВС) является актуальной проблемой современной кардиологии, занимая важное место в структуре причин развития инфаркта миокарда (ИМ) при неизмененных коронарных артериях. В частности, ВС встречается у 28% пациентов с ИМ без обструкции коронарных артерий (ESC, Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes, 2020). Несмотря на хорошую осведомленность врачей о ВС, верификация вазоспазма и установление диагноза вызывает значительные затруднения в реальной клинической практике.

В настоящее время существуют различные диагностические возможности для верификации обструктивной ИБС. В то время как диагноз ВС устанавливается нечасто. Данный факт объясняется тем, что при наличии международных критериев диагностики ВС в некоторых странах отсутствует

возможность верификации коронароспазма с помощью инвазивного интракоронарного тестирования, являющегося «золотым стандартом». Согласно литературным данным распространенность ВС составляет от 2-3% (в странах Европы) до 40% (в странах Азии) (JCS, 2013). По мнению многих исследователей встречаемость ВС среди различных популяций значительно выше и все еще до конца не изучена. Согласно современным рекомендациям (JSC, 2013; COVADIS, 2017; ESC, 2020) ВС подзревают при наличии клинических симптомов (ангинозные приступы чаще возникают в покое, преимущественно в утренние или ночные часы, купируются антагонистами кальция и/или нитратами, эффект β-адреноблокаторов, напротив, может вызывать проишемическое действие) и задокументированными ишемическими изменениями на ЭКГ во время ангинозного приступа. Однако, в реальной клинической практике нечасто удается зарегистрировать спонтанный приступ ВС во время проведения ЭКГ или холтеровского мониторирования, в связи с чем возникает необходимость проведения дополнительных методов диагностики. Окончательную верификацию ВС следует проводить с помощью индуцирования коронароспазма посредством интракоронарного введения вазоактивных веществ (ацетилхолина, эргоновина или метилэргоновина) во время выполнения селективной коронарнанографии. Крупные исследования показали высокую чувствительность и специфичность интракоронарного тестирования для эргоновина (91% и 97%) и ацетилхолина (90% и 99% соответственно), а также его безопасность. Частота возникновения нежелательных событий при инвазивной верификации ВС сопоставима с таковыми при спонтанных приступах ВС (частота аритмий составляет 6,8%) (Beltrame J.F., 2017). Прогноз ВС может быть достаточно серьезным, а число пациентов с осложненными формами ВС в настоящее время растет. Суммарная частота неблагоприятных кардиальных событий (ИМ, внезапная кардиальная смерть, жизнеугрожающие нарушения ритма) на 1, 3, 5 и 10 лет наблюдения соответствует 16%, 16%, 17% и 19%, с максимальным развитием осложнений в течение первых 3 месяцев от начала первых симптомов ВС (JCS 2013).

Провокационное интракоронарное тестирование признано самым эффективным методом диагностики ВС. Кроме того, при соблюдении необходимых условий протокола проведения данного метода, процедура его выполнения считается вполне безопасной. Однако, в нашей стране окончательная верификация вазоспазма остается нерешенной задачей, ухудшая тем самым прогноз и качество жизни пациентов.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ТРАНСКАТЕТЕРНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА (TAVI) У ДОЛГОЖИТЕЛЯ

Ярмош И.В., Селецкий С.С., Калоева З.Г.,
Догова В.И., Воробьева А.М., Устименко А.Ю.
Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель. Оценить результаты транскатетерной имплантации аортального клапана (TAVI) у долгожителя.

Материалы и методы. Описание клинического случая пациента 95 лет, пролеченного в 2016 году в клинике Петра Великого СЗГМУ им. И.И. Мечникова, с проспективной оценкой его состояния. Мужчина поступил планово для выполнения TAVI по поводу критического аортального стеноза (АС). Методы исследования: электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ), коронароангиография (КАГ), Миннесотский опросник (MLHFO), тест Халфена-Роуза.

Результаты. При поступлении жалобы на ангинозные боли и одышку при минимальной физической нагрузке (100 м) и в покое, шаткость походки. Ухудшение в течение 3 лет. Длительно повышение артериального давления (АД), сахарный диабет 2 типа (диета), инфаркт миокарда неизвестной давности. Три месяца назад были выполнены стентирование диагональной ветви (ДВ), баллонная вальвулопластика аортального клапана (АК) в качестве паллиативного вмешательства в связи с нарастанием сердечной недостаточности (СН) и явлений энцефалопатии на фоне критического АС. Брахиоцефальные артерии без стенозов. Объективно: состояние средней степени тяжести, стабильное, сознание ясное, положение активное. Периферические отеки до нижней трети голени. Тахисистолия, тоны сердца приглушены, дыхание жесткое, хрипов нет. До операции: гемоглобин 104 г/л, креатинин 78 мкмоль/л (СКФ 73 мл/мин/1,73м²). ЭКГ: ритм синусовый, полная блокада правой ножки пучка Гиса, желудочковая экстрасистолия. КАГ: стент в ДВ, правая коронарная артерия стеноз устья 60%, стеноз средней трети 75%. ЭхоКГ до TAVI: фракция выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) 62%; АК: град. max 98 мм рт. ст., град. ср. 63 мм рт. ст., макс. скорость (V max) 4,97 м/с. Концентрическая гипертрофия ЛЖ. Митральная недостаточность (МН) 2 ст., аортальная недостаточность (АН) 2 ст., трикуспидальная недостаточность (ТН) 3 ст. Расчетное систолическое давление в ЛА (РСДЛА) 50 мм рт. ст. Выполнена КТ аорты

с контрастированием. Хирургический риск высокий (ES II – 15%): решение о выполнении TAVI. Выполнена TAVI, чреспищеводная ЭхоКГ: аппозиция протеза корректная, парапротезная АН 2ст. Из-за брадикардии до 20 уд/мин контроль ритма с помощью временного электрокардиостимулятора (ВЭКС). На 7-е сутки имплантирован ПЭКС (VVI). ЭхоКГ перед выпиской: в аортальной позиции биопротез, парапротезная фистула 4-5 мм., град. max 19 ммртст, град. ср. 9 мм рт.ст., V max 220 см/сек.; ФВ ЛЖ 73%. МН 1ст. ТН 2 ст. РСДЛА 50 мм.рт.ст. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии. Контроль ЭхоКГ в 2017 г: ФВ ЛЖ в норме, ЛЖ не увеличен. АК: град.max 10 мм рт.ст, град.ср. 4 мм рт.ст., Vmax 1,5 м/сек.; признаков дисфункции протеза не выявлено. АН 1 ст. МН 1ст. ТН 2 ст. Контроль ЭхоКГ в 2019 г.: ФВ ЛЖ 67%, АК: град.ср. 6 ммртст, Vmax 167 см/сек. АН 2 ст. МН 2 ст. ТН 1 ст. РСДЛА 30 мм рт.ст. Телефонный контакт с пациентом в 2021 г.: без сердечно-сосудистых событий, регулярно принимает дезагрегант, иАПФ (АД 135-145/60-70 мм рт. ст.). Результаты MLHFO (44 балла): удовлетворительное качество жизни (имеются трудности с работой по дому и поездками вне дома – использует ходунки; имеет проблемы со сном, отмечает появление слабости, ухудшение внимания, памяти; ограничений в приеме пищи – нет, питание разнообразное; одышка не беспокоит). Результаты теста Халфена-Роуза (17 баллов): стенокардии нет.

Вывод. Данный клинический случай демонстрирует возможность проведения TAVI, продления жизни и улучшения ее качества у долгожителей.

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

А	Б	Б
Абдиева Ю.А. 3	Бабич И.С. 105	Бояков Д.Ю. 38
Абдракипов Р.З. 137	Багаева О.Ю. 154	Бояринов Г.А. 191
Абдуазизова Н.Х. 4	Баймеева Н.В. 54, 55	Бражник В.А. 134
Абдулганиева Д.И. 49, 108, 137, 138, 148, 215	Байракова А.Л. 27	Братилова Е.С. 39
Абдуллаев А.Х. 5, 12	Балабаева Н.В. 191	Брус Т.В. 40
Абдуллаев М.А. 5	Балашов Л.Д. 40	Бубликова А.М. 41
Абдурахмонов А.А. 223	Баллюзек М.Ф. 186	Бугрова О.В. 76
Аболёшина А.В. 170	Балукова Е.В. 27, 28	Буева К.А. 41, 176
Аверьянов В.Н. 122	Банко В.В. 126	Бураков И.И. 151
Агеев Н.В. 21	Баранова М.М. 28	Бурдин В. 109
Адамбаев З.И. 6, 7, 228	Баранов В.Л. 239	Бурнашева М.А. 200
Азизов Ш.И. 12	Барсукевич В.Ч. 164, 174	Буянова М.В. 53
Азимова Ф.В. 8	Барсукова Н.А. 44	Быстров Г.С. 42, 123
Айрапетян С.А. 171	Барышникова Н.В. 29	
Александров А.В. 9	Бахтояров П.Д. 34	В
Александрова Л.А. 10	Бацков С.С. 51	Вакуленко О.Н. 211
Александрова Н.В. 9	Башкинов Р.А. 220	Валутите Д.Э. 43
Александров В.А. 9	Бедина С.А. 30, 196	Ваничкина Е.М. 111
Алексеева Е.Э. 154	Беззубцева Е.Н. 44	Варламова Н.Н. 82
Алексеева Л.И. 88, 198, 205	Бейлина Н.И. 31	Васильева В.А. 43
Алексеева О.Г. 205	Бейтуллаев А.М. 127	Васильев А.Г. 40, 148
Алексеева О.П. 176	Бекенова Г.Т. 31	Васильева Л.В. 44
Алехин М.Н. 134	Белавина Е.А. 82	Василькова О.Н. 45
Алибеков Э.Р. 11	Белкина Г.А. 101	Василявичуте И. 225
Алиева К.К. 208	Белова Е.А. 94, 95, 221	Васюкова Е.Л. 181
Алиев Л.М. 223	Белов Б.С. 19, 28, 107	Вербило О.И. 45
Алимухамедова Ю.А. 118	Белополова М.П. 32	Вербило С.Л. 46
Аляви Б.А. 5, 12	Белоусова Е.Н. 108	Власенко С.В. 46
Ананьева Л.П. 50, 51	Бельская М.И. 130	Власова Т.И. 111
Андрияненко А.О. 12, 13	Бердовская А.Н. 33	Власов Т.Д. 235
Аникин Д.А. 14	Берстнева С.В. 33	Вовченко В.И. 47
Аникин С.Г. 198	Бичурина Д.М. 15	Волошинова Е.В. 144, 184
Антонова Ю.В. 85	Благинина И.И. 34, 35	Волуйко П.А. 128
Апаркина А.В. 15	Благодаренко А.Б. 35	Волынкина Е.А. 65
Аржаных Я.В. 16, 76	Бланк М.Ю. 170	Воробьева А.М. 247
Арипова Н.А. 4, 16, 49	Блудова Н.Г. 34, 35	Воробьева Л.Д. 212
Арипов Б.С. 5	Боброва Н.А. 36	Воронин М.С. 186
Аристова М.В. 17, 18	Богачёва А.И. 126	
Аронова Е.С. 19, 20, 38, 54, 55	Богданов А.Н. 37, 92	Г
Арсентьева И.Л. 21	Богданов А.Н. 37, 92	Гавриченко А.В. 48
Арсентьева Н.Л. 21	Бодрягина Е.С. 108	Гавричкин Л.Е. 91
Архипина С.А. 22	Бодунова Н.А. 37, 150, 167, 245	Гайдукова И.З. 103, 220
Аскараров Н.Л. 31	Болдуева С.А. 57, 68, 114, 163, 241, 246	Гайнуллина Г.Р. 49
Аслонова М.Ж. 116	Борисевич А.А. 199	Галкина О.В. 235
Асташонок А.Н. 22	Борисова М.А. 38	Гальвас Н.Ю. 155
Асфандиярова Н.С. 23	Борисова О.Ю. 79	Ганиева Н.А. 4, 16, 25, 49
Асямов К.В. 24	Боровая Т.В. 83	Гапоненко А.Д. 169, 170
Афанасьева М.Ю. 25	Боровец Я.А. 45	Гарзанова Л.А. 50, 51, 62
Ахвердян Ю.Р. 157, 168, 188, 189	Бородай А.А. 165	Гатчиева М.Б. 169, 170
Ахмедова Ш.Ш. 25	Бородин Н.В. 185	Гацура В.Ю. 51
Ашихмина В.А. 26	Ботиров К.З. 223	
	Боткина А.А. 185	

Герасименко В.В.	159	Добровольская О.В.	63	Затейщиков Д.А.	134
Гивировский С.Е.	85	Догова В.И.	247	Захаревич А.Н.	199
Глухова С.И.	38, 88, 97, 170, 212	Долиев А.Ё.	64	Захарова О.В.	114
Голдобин В.В.	11, 25, 93	Домашенко О.Н.	64	Зацепин А.О.	199
Головкин Н.В.	213	Донецкая Н.В.	100	Зверева О.Н.	72, 73
Голоева Р.Г.	147	Дробышева В.Р.	66	Зияева Ф.К.	74
Голубова Т.Ф.	46	Дробышева Е.С.	65, 66, 149, 150	Знахуренко А.А.	187
Голухова Е.З.	158	Дрошенко В.В.	67	Зокиров Ш.К.	222
Гомон Ю.М.	121	Дружкова И.С.	81	Золотухин В.О.	75, 76
Гончарик Д.Б.	164, 174	Дрыгин А.Н.	185	Золотухин О.В.	75
Горбунова Ю.Н.	52	Дубинина Т.В.	211	Зорина Е.А.	121
Гордеев А.В.	130	Дубовик А.В.	143	Зубрицкий К.С.	141
Гордиенко А.В.	53, 133	Дыдыкина И.С.	170	Зувайдуллаев А.А.	49
Горских О.Г.	80	Дыдыкина П.С.	97		
Гречкин В.И.	65, 148	Дыдышко Ю.В.	68		
Грибанова О.В.	41	Дымнич Н.А.	155		
Григорьева Е.В.	165			И	
Григорьева Н.Ю.	53			Иванова А.Р.	61
Григорян А.Н.	81			Иванов А.Е.	78
Гридасов В.А.	64			Иванова Л.Н.	191
Гриднева Г.И.	19, 20, 54, 55, 129	Е		Иванова Ю.Ю.	76
Громакова С.В.	55	Евдокимов Д.С.	57, 68	Иванов И.Г.	120, 121
Грузманов А.К.	56	Евстратова Е.Ф.	44	Иволгин Н.Е.	91
Гузёва В.М.	57, 246	Егорова Е.А.	127, 128	Ильина Т.В.	164
Гузева О.В.	71	Елисеева Т.А.	211	Инамова О.В.	220, 235
Гулян К.С.	158	Емельянова А.Р.	69	Иноятова Н.Р.	178
Гумилевский Б.Ю.	229, 230, 231	Емельянов А.В.	187	Иозефович О.В.	77
Гурина Л.Н.	58	Еремушкин М.А.	43	Исмогилов А.И.	178
Гусева В.Р.	145	Ермолаева Л.Г.	27, 28, 41, 120, 171, 185	Ишанова Д.В.	78
Гусева С.Н.	94	Есионова Е.В.	70, 117	Иштерьякова О.А.	79
Гусейнова Н.Н.	60	Ефремова М.А.	68		
Гусейнов Н.И.	59, 60			К	
		Ж		Казакова А.В.	134
Д		Жаббаров М.Т.	227, 228	Калоева З.Г.	247
Давыденко В.С.	61	Жаксымуратова Х.Т.	4	Канавец Н.С.	233
Давыдкин В.Ю.	111, 112, 113	Жданкина Н.В.	70	Кантемирова Р.К.	235
Давыдкин И.Ю.	111, 113	Жевнеронок И.В.	231, 232	Капустина А.Ю.	134
Давыдова Т.В.	134	Железняк И.С.	169, 170	Каратеев Д.Е.	38
Давыдов Д.А.	126	Живулин П.Н.	156	Каргальцева Н.М.	79
Далимова Д.А.	12	Жирков А.А.	121	Каримов М.М.	12
Дашкевич О.В.	23	Журавкова А.М.	58	Кароль Е.В.	80, 81, 82
Дворецкий Л.И.	211	Журавлева Н.С.	23	Карпова И.С.	83, 200
Дворовкин А.Э.	12, 13			Карпович А.И.	225
Демина А.Б.	211	З		Карпович О.А.	84
Демин Н.В.	63, 88, 205	Заводовский Б.В.	157, 168, 188, 189	Карпцова Е.В.	84
Демко И.В.	14	Заводько Е.А.	94, 95	Касаткин Е.В.	85
Денисик Н.И.	58	Загородникова К.А.	241	Касимова М.Б.	86
Денисов М.Ю.	32	Зайцев Д.Е.	71	Катюхин В.Н.	87
Дербисалина Г.А.	131	Зайцев И.Д.	71	Качнов В.А.	39
Десинова О.В.	50, 51, 62	Закирова А.А.	137	Кашеварова Н.Г.	88, 198, 205
Джамалов А.Ш.	86	Закиров Б.Д.	118	Кашенко В.А.	181
Джураева Э.Р.	16, 25, 74			Квицидзе Т.З.	168
Диатроптов М.Е.	97			Кдырбаева Ф.Р.	89, 90
				Киличев И.А.	228
				Кириллова Э.Р.	49, 138, 215

Нургалиева Н.К.	131	Полещук Н.Н.	22	Самаркина Е.Ю.	54, 55, 63, 205
Нуржонов А.Б.	6, 7	Полиданов М.А.	165	Салегин А.А.	181, 191
Нуриахметова Т.Ю.	148	Полонецкий О.Л.	199	Сарапулова А.В.	182
О					
Оборнев А.Л.	159	Полонская И.И.	166, 167	Сафарова К.Н.	144
Овсянникова О.Б.	50, 51, 62	Полякова В.В.	37, 167, 245	Сафонова Ю.А.	183
Овсянников Е.С.	36, 66, 106, 114, 119, 145, 148, 149, 150, 178, 179, 195, 203, 218	Поляков А.С.	95, 96, 97	Свистунова Н.А.	143
Отарев В.В.	150	Полякова Ю.В.	157, 168, 188, 189	Седов Д.С.	184
Один В.И.	12, 105	Попкова Т.В.	52	Селезнева Н.Д.	134
Одинцова А.Х.	49, 108	Попова А.В.	169, 170	Селецкий С.С.	247
Окороков А.Н.	151	Попова Н.В.	80, 82	Семенова К.И.	184
Олимова Ф.З.	93	Постникова П.О.	97, 170	Семенов В.М.	240
Олюнин Ю.А.	130	Потанин А.А.	115	Семиголовский Н.Ю.	120, 185, 186
Орлова Е.С.	214	Потанина О.Н.	171	Семиголовский С.Н.	185, 186
Орлов М.А.	152	Пошехонова Ю.В.	172	Сергеева Г.Р.	187
Орлов М.М.	152	Пугачева О.А.	79	Сердюков Д.Ю.	196
Осипова-Егорова Е.А.	102	Пулатова Ш.Б.	16	Серигова Е.Н.	188
Османова Г.Я.	9	Пулатов Б.Т.	223	Сечин А.А.	214
Османов Э.А.	46	Пургина Д.С.	173	Сивенкова В.Р.	216
Останкова Ю.В.	43, 61, 153, 164, 188	Пустовой Ю.Г.	191	Сивордова Л.Е.	157, 168, 188, 189
Остапчук Е.С.	142, 154, 155	Пюрвеев С.С.	40	Сигидин Я.А.	38
Отинов М.Д.	46	Пятибрат Е.Д.	51	Сигитова Е.В.	190, 197
Очкаляс В.Н.	155	Р			
Очкаляс М.В.	155	Рассохин В.В.	173	Сиденкова А.П.	142
П					
Пальчикова Л.С.	121, 171	Ребеко Е.С.	164, 174	Сидоренко Ю.В.	191
Панова Е.И.	156	Реброва О.А.	34, 35	Симулис И.С.	181, 191
Папичев Е.В.	157, 168, 188, 189	Ребров А.П.	15	Сирота Н.А.	150
Пелех Д.М.	158	Резова Н.В.	160, 161, 174, 175, 238, 239	Сиротко В.В.	192, 193
Первак М.Б.	159	Рейнюк В.Л.	51	Сиротко О.В.	192, 193
Перепелица С.А.	243, 244	Решетняк Т.М.	147	Скворцова Р.Д.	115, 194
Персидских Ю.А.	174	Ризамухаммедова М.З.	49	Скородумова Е.А.	242, 243
Перцев А.В.	160, 161, 162, 174, 175, 238, 239	Родионовская С.Р.	176	Скрипникова И.А.	100, 194
Перцева М.В.	162	Росстальная А.Л.	177	Слободских Е.О.	95
Петелина Е.В.	152	Ростом Л.Ж.	41, 176	Смирнова В.В.	195
Петрова А.Б.	163	Рубинштейн А.А.	221	Смирнова Е.Н.	103
Петрова А.И.	163, 241	Руданова Ю.В.	81	Смирнова С.В.	109, 110
Петров А.В.	82	Рябых А.А.	194	Соболев А.Д.	234
Петрова В.Б.	163, 241	С			
Петрова М.С.	220	Сабиров Д.М.	177	Сокол Е.В.	17
Петрученя А.В.	22	Сабиров У.Ю.	178	Соколова М.Г.	48
Печникова Н.А.	164	Савастеева И.Г.	142	Соколов Д.А.	196
Плащинская Л.И.	164, 174	Савинкова Я.В.	190	Солихов Б.М.	4
Подпалова О.В.	164, 174	Савушкина И.А.	178, 179	Соловей С.П.	83
Покрышка И.И.	34	Сагатова Д.Р.	180, 202	Соловьева И.А.	14
С					
Сабиров Д.М.	177	Сагитова А.С.	137	Соловьева И.Л.	224
Сабиров У.Ю.	178	Саджая С.Т.	150	Солодовникова С.В.	240
Савастеева И.Г.	142	Сайтгалина М.А.	164	Сорокина А.О.	63
Савинкова Я.В.	190	Салахбеков И.С.	123	Сотников А.В.	53, 133
Савушкина И.А.	178, 179	Салыгина Д.С.	181	Сохина В.С.	41
Сагатова Д.Р.	180, 202	Сальников М.В.	169, 170	Спирина О.В.	201
Сагитова А.С.	137	Самарахонова Ш.Ж.	4	Спицина С.С.	30, 196
Саджая С.Т.	150	С			
Сайтгалина М.А.	164	Самаркина Е.Ю.	54, 55, 63, 205	Станевич О.В.	194
Салахбеков И.С.	123	Салегин А.А.	181, 191	Старовойтова М.Н.	50, 51, 62
Салыгина Д.С.	181	Сарапулова А.В.	182	Стагинова Е.А.	41, 190, 197
Сальников М.В.	169, 170	Сафарова К.Н.	144	Стельмашок В.И.	199
Самарахонова Ш.Ж.	4	Сафонова Ю.А.	183	Стребкова Е.А.	88, 198, 205
С					
Самаркина Е.Ю.	54, 55, 63, 205	Сафонова Ю.А.	183	Стрекозова И.П.	101
Салегин А.А.	181, 191	Свистунова Н.А.	143	Стриго Н.П.	199
Сарапулова А.В.	182	Седов Д.С.	184	Стрижелецкий В.В.	121, 171, 176
Сафарова К.Н.	144	Селезнева Н.Д.	134	Струментова Е.С.	200
Сафонова Ю.А.	183	Селецкий С.С.	247		
Свистунова Н.А.	143	Семенова К.И.	184		
Седов Д.С.	184	Семенов В.М.	240		
Селезнева Н.Д.	134	Семиголовский Н.Ю.	120, 185, 186		
Селецкий С.С.	247	Семиголовский С.Н.	185, 186		
Семенова К.И.	184	Сергеева Г.Р.	187		
Семенов В.М.	240	Сердюков Д.Ю.	196		
Семиголовский Н.Ю.	120, 185, 186	Серигова Е.Н.	188		
Семиголовский С.Н.	185, 186	Сечин А.А.	214		
Сергеева Г.Р.	187	Сивенкова В.Р.	216		
Сердюков Д.Ю.	196	Сивордова Л.Е.	157, 168, 188, 189		
Серигова Е.Н.	188	Сигидин Я.А.	38		
Сечин А.А.	214	Сигитова Е.В.	190, 197		
Сивенкова В.Р.	216	Сиденкова А.П.	142		
Сивордова Л.Е.	157, 168, 188, 189	Сидоренко Ю.В.	191		
Сигидин Я.А.	38	Симулис И.С.	181, 191		
Сигитова Е.В.	190, 197	Сирота Н.А.	150		
Сиденкова А.П.	142	Сиротко В.В.	192, 193		
Сидоренко Ю.В.	191	Сиротко О.В.	192, 193		
Симулис И.С.	181, 191	Скворцова Р.Д.	115, 194		
Сирота Н.А.	150	Скородумова Е.А.	242, 243		
Сиротко В.В.	192, 193	Скрипникова И.А.	100, 194		
Сиротко О.В.	192, 193	Слободских Е.О.	95		
Скворцова Р.Д.	115, 194	Смирнова В.В.	195		
Скородумова Е.А.	242, 243	Смирнова Е.Н.	103		
Скрипникова И.А.	100, 194	Смирнова С.В.	109, 110		
Слободских Е.О.	95	Соболев А.Д.	234		
Смирнова В.В.	195	Сокол Е.В.	17		
Смирнова Е.Н.	103	Соколова М.Г.	48		
Смирнова С.В.	109, 110	Соколов Д.А.	196		
Соболев А.Д.	234	Солихов Б.М.	4		
Сокол Е.В.	17	Соловей С.П.	83		
Соколова М.Г.	48	Соловьева И.А.	14		
Соколов Д.А.	196	Соловьева И.Л.	224		
Солихов Б.М.	4	Солодовникова С.В.	240		
Соловей С.П.	83	Сорокина А.О.	63		
Соловьева И.А.	14	Сотников А.В.	53, 133		
Соловьева И.Л.	224	Сохина В.С.	41		
Солодовникова С.В.	240	Спирина О.В.	201		
Сорокина А.О.	63	Спицина С.С.	30, 196		
Сотников А.В.	53, 133	Станевич О.В.	194		
Сохина В.С.	41	Старовойтова М.Н.	50, 51, 62		
Спирина О.В.	201	Стагинова Е.А.	41, 190, 197		
Спицина С.С.	30, 196	Стельмашок В.И.	199		
Станевич О.В.	194	Стребкова Е.А.	88, 198, 205		
Старовойтова М.Н.	50, 51, 62	Стрекозова И.П.	101		
Стагинова Е.А.	41, 190, 197	Стриго Н.П.	199		
Стельмашок В.И.	199	Стрижелецкий В.В.	121, 171, 176		
Стребкова Е.А.	88, 198, 205	Струментова Е.С.	200		
Стрекозова И.П.	101				
Стриго Н.П.	199				
Стрижелецкий В.В.	121, 171, 176				
Струментова Е.С.	200				

СОДЕРЖАНИЕ

<p>АУТОИММУННЫЙ ГЕПАТИТ Абдиева Ю.А., Мидасов М.М. 3</p>	<p>АНГИОПОЭТИН-ПОДОБНЫЕ БЕЛКИ 3 И 4 ТИПОВ КАК МАРКЕРЫ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ Александров В.А., Шилова Л.Н., Александров А.В., Османова Г.Я., Александрова Н.В. 9</p>
<p>ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У РАБОТНИКОВ ВРЕДНЫМИ УСЛОВИЯМИ ТРУДА Абдиева Ю.А., Ташмухамедова М.К. 3</p>	<p>ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ ГЛУТАТИОНРЕДУКТАЗЫ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, СВЯЗАННЫХ С ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ Александрова Л.А. 10</p>
<p>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СТАТИНОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА Абдуазизова Н.Х., Мухаммадиева С.М., Солихов Б.М., Жаксымуратова Х.Т., Эргашев Ш.Б., Самарахонова Ш.Ж., Ганиева Н.А., Арипова Н.А. 4</p>	<p>ВЛИЯНИЕ ПРИЕМА СТАТИНОВ НА ТЯЖЕСТЬ МИАСТЕНИИ С ПОЗДНИМ ДЕБЮТОМ Алибеков Э.Р., Голдобин В.В., Ключева Е.Г. 11</p>
<p>ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИТОПРЕПАРАТА В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С РЕСПИРАТОРНЫМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ Абдуллаев А.Х., Арипов Б.С., Аляви Б.А., Таджиходжаева Ю.Х., Турсунбаев А.К. 5</p>	<p>КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С КОМОРБИДНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Каримов М.М., Далимова Д.А., Узоков Ж.К., Тошев Б.Б., Тагаева Д.Р., Азизов Ш.И. 12</p>
<p>О РЕЗУЛЬТАТАХ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ Абдуллаев М.А., Набиев Т.А. 5</p>	<p>ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ СО СПОНДИЛОАРТРИТАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ Андрьяненко А.О., Дворовкин А.Э., Один В.И. 12</p>
<p>АСТЕНИЧЕСКИЕ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ Адамбаев З.И., Нуржонов А.Б. 6</p>	<p>ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ СО СПОНДИЛОАРТРИТАМИ НА ФОНЕ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ Андрьяненко А.О., Дворовкин А.Э. 13</p>
<p>ВЫРАЖЕННОСТЬ АСТЕНИЧЕСКИХ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНОВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ COVID-19 Адамбаев З.И., Нуржонов А.Б. 7</p>	<p>ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ, МОЛЕКУЛЯРНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОМОРБИДНОСТИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ Аникин Д.А., Соловьева И.А., Демко И.В. 14</p>
<p>НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПАТОГЕНЕЗ У БОЛЬНЫХ С АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИЕЙ Азимова Ф.В., Мавлянова З.Н. 8</p>	
<p>РОЛЬ МАРКЕРОВ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНТЕНСИВНОСТИ ФИЗИЧЕСКИХ АЭРОБНЫХ УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ УСТАЛОСТИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Александров А.В., Александров В.А., Никитин М.В. 9</p>	

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ IGA-АНТИТЕЛ К CD74 У ПАЦИЕНТОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА Апаркина А.В., Бичурина Д.М., Ребров А.П. 15	КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ COVID-19 Арсентьева Н.Л., Арсентьева И.Л., Агеев Н.В. 21
ОЦЕНКА ТРУДОВОГО ПРОГНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ОНМК ПО ИШЕМИЧЕСКОМУ ТИПУ Аржаных Я.В. 16	КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ВЗРОСЛЫХ В ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ Архипина С.А. 22
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЛ-4 ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ТЕЧЕНИЯ Арипова Н.А., Джураева Э.Р., Ганиева Н.А., Пулатова Ш.Б., Матюсупова С.Г. 16	ОЦЕНКА ЭКСПРЕССИИ МОЛЕКУЛЯРНЫХ БИОМАРКЕРОВ – АЦЕТИЛИРОВАННОГО А-ТУБУЛИНА, БЕЛКА DNAH5 В НАЗАЛЬНОМ ЭПИТЕЛИИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА Асташонок А.Н., Петрученя А.В., Полещук Н.Н. 22
РЕДКОЕ СОЧЕТАНИЕ IGG4-СВЯЗАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА, ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ Аристова М.В., Сокол Е.В. 17	ПОЛИМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ И ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ Асфандиярова Н.С., Филиппов Е.В., Дашкевич О.В., Якубовская А.Г., Мосейчук К.А., Журавлева Н.С., Куликов С.А. 23
ВЗАИМОСВЯЗЬ ASAS HI С АКТИВНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СТАТУСОМ БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ Аристова М.В., Эрдес Ш.Ф. 17	АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ЭЛЕКТРОННЫХ СИСТЕМ НАГРЕВАНИЯ ТАБАКА (ЭСНТ) НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ НЕ МОТИВАЦИВИРОВАННЫХ К ОТКАЗУ ОТ КУРЕНИЯ Асямов К.В., Тарумов Д.А. 24
ВАЛИДНОСТЬ УПРОЩЕННОГО ИНДЕКСА АКТИВНОСТИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА (SASDAS), ИССЛЕДУЕМАЯ НА РОССИЙСКОЙ КОГОРТЕ ПАЦИЕНТОВ Аристова М.В., Эрдес Ш.Ф. 18	ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ ТРОМБОФИЛИИ В СОЧЕТАНИИ С АНГИОДИСПЛАЗИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОБРАТИМОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ВАЗОКОНСТРИКЦИИ Афанасьева М.Ю., Голдобин В.В., Ключева Е.Г. 25
АНАЛИЗ ЛЕГОЧНОГО ПОРАЖЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 Аронова Е.С., Гриднева Г.И., Белов Б.С. 19	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АКСИАЛЬНОГО СПОНДИЛОАРТРИТА У ЖЕНЩИН Ахмедова Ш.Ш., Джураева Э.Р., Ганиева Н.А. 25
ХАРАКТЕРИСТИКА ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Аронова Е.С., Гриднева Г.И., Белов Б.С. 19	КОМОРБИДНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА Ашихмина В.А., Сюнина А.В., Филимонова О.Г. 26
ПРИЧИНЫ ОТМЕНЫ ТОФАЦИТИНИБА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Аронова Е.С., Гриднева Г.И. 20	

<p>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГРИБОВ РОДА CANDIDA НА ПРИМЕРЕ ЛАБОРАТОРНОГО МАТЕРИАЛА, ПОЛУЧЕННОГО ОТ ИММУНОСУПРЕССИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ Байракова А.Л., Федыкина Ю.А., Лахтин В.М. 27</p>	<p>ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ Бердовская А.Н. 33</p>
<p>ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19 Балукова Е.В., Ермолаева Л.Г., Шабалина М.О. 27</p>	<p>ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ – САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК В СОЧЕТАНИИ С ГИПОФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Берстнева С.В., Урясьев О.М., Лазарева О.Ю., Луняков В.А. 33</p>
<p>ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА Балукова Е.В., Ермолаева Л.Г., Шабалина М.О. 28</p>	<p>ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ Благинина И.И., Реброва О.А., Блудова Н.Г., Бахтояров П.Д., Покрышка И.И. 34</p>
<p>БЕЗОПАСНОСТЬ ИНАКТИВИРОВАННОЙ ТРЕХВАЛЕНТНОЙ ПРОТИВОГРИППОЗНОЙ ВАКЦИНЫ У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ И ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ) Баранова М.М., Муравьева Н.В., Белов Б.С., Коротаяева Т.В. 28</p>	<p>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АЗИЛСАРТАНА В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Блудова Н.Г., Благинина И.И., Реброва О.А., Благодаренко А.Б., Князева А.К. 35</p>
<p>МЕСТО ПРОБИОТИКОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ COVID-19 Барышникова Н.В. 29</p>	<p>ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА НА РИСК РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Боброва Н.А., Овсянников Е.С. 36</p>
<p>РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ: АССОЦИАЦИЯ ОБОСТРЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ С ГЕНЕРАЦИЕЙ ВНЕКЛЕТОЧНЫХ ЛОВУШЕК ЦИРКУЛИРУЮЩИМИ НЕЙТРОФИЛАМИ Бедина С.А., Мозговая Е.Э., Мамус М.А., Трофименко А.С., Спицина С.С. 30</p>	<p>СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПАТОГЕНЕЗЕ, ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ Богданов А.Н. 37</p>
<p>ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ВЫБОРУ ТЕРАПИИ ЗАПОРОВ У ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА Бейлина Н.И. 31</p>	<p>СОВРЕМЕННЫЕ МОЛЕКУЛЯРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОНКОЛОГИИ. ИХ РЕАЛИЗАЦИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Бодунова Н.А., Полякова В.В., Янова Т.И. 37</p>
<p>ОПРЕДЕЛИТЬ СТЕПЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Бекенова Г.Т., Аскарлов Н.Л. 31</p>	
<p>ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ПНЕВМОНИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С COVID-19 Белополова М.П., Денисов М.Ю. 32</p>	

<p>АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АБАТАЦЕПТА: РЕЗУЛЬТАТЫ 12 МЕСЯЦЕВ НАБЛЮДЕНИЯ Борисова М.А., Лукина Г.В., Сигидин Я.А., Аронова Е.С., Лучихина Е.Л., Каратеев Д.Е., Глухова С.И., Насонов Е.Л. 38</p>	<p>ОЦЕНКА ДВИГАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ И МЫШЕЧНОЙ СИЛЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ Васильева В.А., Марченкова Л.А., Еремушкин М.А. 43</p>
<p>МНОГОГРАННОЕ ХРОНИЧЕСКОЕ СИСТЕМНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ: ЗНАЧИМА ЛИ СВЯЗЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА С РАЗВИТИЕМ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ? Бояков Д.Ю., Якубовская А.Г., Кодякова О.В. 38</p>	<p>НОВЫЕ МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ В СУСТАВАХ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ С СИСТЕМНЫМИ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Васильева Л.В., Евстратова Е.Ф., Суслова Е.Ю., Беззубцева Е.Н., Барсукова Н.А. 44</p>
<p>ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КАК ПРЕДИКТОРЫ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19) Братилова Е.С., Тыренко В.В., Качнов В.А. 39</p>	<p>АССОЦИАЦИЯ ПОДОЦИНА И НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИХ ПЕПТИДОВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК Василькова О.Н., Боровец Я.А. 45</p>
<p>РОЛЬ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ Брус Т.В., Васильев А.Г., Кравцова А.А., Пюрвеев С.С., Балашов Л.Д. 40</p>	<p>СТРУКТУРА ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЛАНОВОЕ ЧРЕСКОЖНОЕ КОРОНАРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО Вербилло О.И., Мазуренко С.О. 45</p>
<p>ПРЕПАРАТЫ ЛЕВОДОПЫ И АГОНИСТЫ ДОФАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ В ТЕРАПИИ ПАРКИНСОНИЗМА Бубликова А.М., Статинова Е.А., Коценко Ю.И., Максименко О.Л., Сохина В.С., Масенко В.В. 41</p>	<p>АССОЦИАЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОДОЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ СВОБОДНОЙ СТЕНКИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СО СТЕПЕНЬЮ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ПРОГНОЗ Вербилло С.Л., Козленок А.В., Конради А.О. 46</p>
<p>ВЛИЯНИЕ СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ НА ИСХОД НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ Буева К.А., Ростом Л.Ж., Мазуренко С.О., Грибанова О.В., Ермолаева Л.Г., Теплякова Н.А., Щеглова В.А. 41</p>	<p>ВЛИЯНИЕ ДЕЛЬФИНОТЕРАПИИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ Власенко С.В., Османов Э.А., Голубова Т.Ф., Отинов М.Д. 46</p>
<p>ПРОЯВЛЕНИЯ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОНЛАЙН АНКЕТИРОВАНИЯ Быстров Г.С., Маковеева О.В., Чумак Б.А. 42</p>	<p>ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ В КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГОНАРТРОЗОМ Вовченко В.И. 47</p>
<p>МУТАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ У ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ НАИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С Валутите Д.Э., Останкова Ю.В. 43</p>	

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ НЕКВАНТОВОГО АЦЕТИЛХОЛИНА В МЕХАНИЗМАХ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИХ РАЗВИТИЮ МИОПАТИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩЕЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ (ХВДП) Гавриченко А.В., Соколова М.Г., Лопатина Е.В. 48	КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ИХ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ Гордиенко А.В., Сотников А.В., Тасыбаев Б.Б., Носович Д.В. 53
ВЛИЯНИЕ ПОРАЖЕНИЯ СУСТАВОВ И ЭНТЕЗИСОВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА Гайнуллина Г.Р., Кириллова Э.Р., Одинцова А.Х., Абдулганиева Д.И. 49	САРКОПЕНИЯ У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ Григорьева Н.Ю., Струц А.И., Буянова М.В. 53
ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ Ганиева Н.А., Ризамухаммедова М.З., Арипова Н.А., Нормуродова М.О., Зувайдуллаев А.А. 49	КАК МЕТАБОЛИТЫ МЕТОТРЕКСАТА ПОКИДАЮТ КЛЕТКИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ? Гриднева Г.И., Аронова Е.С., Самаркина Е.Ю., Баймеева Н.В., Муравьев Ю.В. 54
ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ УРОВНЯ ИММУНОГЛОБУЛИНА G ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ИММУНОСУПРЕССАНТАМИ И РИТУКСИМАБОМ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ НАБЛЮДЕНИИ Гарзанова Л.А., Ананьева Л.П., Конева О.А., Овсянникова О.Б., Десинова О.В., Старовойтова М.Н., Шаяхметова Р.У., Хелковская-Сергеева А.Н. 50	ФАРМАКОКИНЕТИКА МЕТОТРЕКСАТА У ПАЦИЕНТОВ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ДОСТИГШИХ РЕМИССИИ Гриднева Г.И., Аронова Е.С., Самаркина Е.Ю., Баймеева Н.В., Муравьев Ю.В. 55
СНИЖЕНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ РИТУКСИМАБОМ Гарзанова Л.А., Ананьева Л.П., Конева О.А., Овсянникова О.Б., Десинова О.В., Старовойтова М.Н., Шаяхметова Р.У., Хелковская-Сергеева А.Н. 51	ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРОГЕННОЙ РАДИКУЛОПАТИЕЙ Громакова С.В. 55
ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ПОЖАРНЫХ Гацура В.Ю., Бацков С.С., Рейнюк В.Л., Пятибрат Е.Д. 51	КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕДКОЙ АРТЕРИОПАТИИ С ХАРАКТЕРНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОЖИ И МОЗГОВЫХ СОСУДОВ Грузманов А.К., Мазуренко С.О. 56
РАННИЙ РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ: ФЕНОТИПЫ ОЖИРЕНИЯ Горбунова Ю.Н., Кондратьева Л.В., Попкова Т.В., Насонов Е.Л. 52	КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВАЗОСПАСТИЧЕСКОЙ СТЕНОКАРДИИ У МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА Гузёва В.М., Ярмош И.В., Болдуева С.А., Евдокимов Д.С. 57
	ВЛИЯНИЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ НА ДАЛЬНЕЙШЕЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ Гурина Л.Н., Денисик Н.И. 58

ХАРАКТЕР МИКРОБНОЙ КОЛОНИЗАЦИИ ПРИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ Гурина Л.Н., Журавкова А.М., Денисик Н.И. 58	АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Долиев А.Ё., Назарова К.Х. 64
НАФТАЛАНОТЕРАПИЯ ПРИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СПОНДИЛОАРТРИТАХ Гусейнов Н.И. 59	ВАРИАНТЫ ХРОНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИЕРСИНИОЗА Домашенко О.Н., Гридасов В.А., Куропятник В.В., Хоменко Д.Ю. 64
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРВОГО ИНГИБИТОРА ИЛ-17А SECUKINUMAB ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА Гусейнов Н.И. 59	ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ Дробышева Е.С., Гречкин В.И., Волынкина Е.А. 65
ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ОГРАНИЧЕНИЯ ПОДВИЖНОСТИ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ С ЭНДОКРИННОЙ АРТРОПАТИЕЙ Гусейнов Н.И., Гусейнова Н.Н., Сулейманова Р.Т. 60	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ Дробышева Е.С., Овсянников Е.С. 66
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОЛИЭНЗИМНОЙ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ Гусейнов Н.И., Гусейнова Н.Н. 60	АНАЛИЗ КОМПОЗИЦИОННОГО СОСТАВА ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ОЖИРЕНИЕМ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА Дробышева Е.С., Овсянников Е.С., Дробышева В.Р. 66
ЧАСТОТНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ МАРКЕРОВ ВИЧ-1 У ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ Давыденко В.С., Иванова А.Р., Останкова Ю.В. 61	ОСОБЕННОСТИ ВРЕМЕННЫХ ПАРАМЕТРОВ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ Дрощенко В.В., Яковлева Е.В. 67
КОЖНЫЕ И СУСТАВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПЕРЕКРЕСТНОЙ ФОРМЫ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ Десинова О.В., Старовойтова М.Н., Хелковская-Сергеева А.Н., Шаяхметова Р.У., Гарзанова Л.А., Овсянникова О.Б., Конева О.А. 62	ОЖИРЕНИЕ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ КАК ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ COVID-19 Дыдышко Ю.В., Шепелькевич А.П., Ефремова М.А. 68
НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС, ОСТЕОПОРОЗ И САРКОПЕНИЯ У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Добровольская О.В., Сорокина А.О., Демин Н.В., Феклистов А.Ю., Торопцова Н.В. 63	ОСОБЕННОСТИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ТАКОЦУБО Евдокимов Д.С., Феоктистова В.С., Болдуева С.А. 68
ВИТАМИН D, СИЛА МЫШЦ И ФИЗИЧЕСКАЯ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Добровольская О.В., Сорокина А.О., Самаркина Е.Ю., Черкасова М.В., Никитинская О.А., Торопцова Н.В. 63	ОСОБЕННОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ТРОМБЭКТОМИИ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ Емельянова А.Р., Коценко Ю.И. 69
	ВЛИЯНИЕ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ НА РАЗВИТИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА Есионова Е.В., Мавлянова Ш.З. 70

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ИНСУЛИНА НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МИОКАРДА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ Жданкина Н.В.	70	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАКЦИНАЦИИ СОТРУДНИКОВ ИНФЕКЦИОННОГО ДЕТСКОГО СТАЦИОНАРА ПРОТИВ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ Иозефович О.В.	77
НОВЫЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РОЛАНДИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ Зайцев Д.Е., Титов Н.А., Зайцев И.Д., Гузева О.В.	71	СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ МУКОРОМИКОЗА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НА ФОНЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ SARS-COV-2 У ПАЦИЕНТА С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Ишанова Д.В., Иванов А.Е.	78
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЛЕЙКОЗАМИ НАСЕЛЕНИЯ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО РЕГИОНА АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ Зверева О.Н.	72	О ДИАГНОСТИКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ Иштерьякова О.А., Пугачева О.А., Шарифуллина Н.Ф., Хайруллина Л.А.	79
ГЕМОБЛАСТОЗЫ У НАСЕЛЕНИЯ АГРОПРОМЫШЛЕННОГО РЕГИОНА ЕВРОПЕЙСКОГО СЕВЕРА Зверева О.Н.	73	ИНФЕКЦИЯ КРОВОТОКА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ Каргальцева Н.М., Кочеровец В.И., Борисова О.Ю.	79
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ Зверева О.Н.	73	ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2019-2021 ГОДАХ Кароль Е.В., Попова Н.В., Горских О.Г.	80
ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ В РАННЕЙ СТАДИИ Зияева Ф.К., Джураева Э.Р.	74	МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА В 2021 ГОДУ Кароль Е.В., Руданова Ю.В., Дружкова И.С., Григорян А.Н., Козловская Е.В., Терентьева М.Н.	81
ОЦЕНКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ Зияева Ф.К., Джураева Э.Р.	74	ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2017-2021 ГОДАХ Кароль Е.В., Попова Н.В., Белавина Е.А., Хомчук М.А., Варламова Н.Н., Петров А.В.	82
СПОСОБ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН Золотухин В.О., Мадыкин Ю.Ю., Хороших Н.В., Золотухин О.В.	75	ВЛИЯНИЕ СТАТИНОТЕРАПИИ НА ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ ФИБРОЗ МИОКАРДА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Карпова И.С., Соловей С.П., Козлов И.Д., Боровая Т.В.	83
ДИАГНОСТИКА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ Золотухин В.О., Аржаных Я.В., Макеева А.В.	76		
СОДЕРЖАНИЕ ВИТАМИНА Д У ПАЦИЕНТОВ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ С ОСТЕОПОРОЗОМ Иванова Ю.Ю., Бугрова О.В., Щавелева Л.А.	76		

<p>ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ МЕЛАТОНИНА ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ Карпович О.А., Шишко В.И. 84</p>	<p>ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК И АНЕМИИ Кислюк К.А., Богданов А.Н., Щербак С.Г. 92</p>
<p>ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МУЗЫКОТЕРАПИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ Карпцова Е.В. 84</p>	<p>ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕТСКОГО НЕВРОЛОГА Климович Е.Г. 92</p>
<p>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ГЕНОТИПОВ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ВИРУСОМ ВЫСОКОГО ОНКОГЕННОГО РИСКА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ Касаткин Е.В., Лялина Л.В., Лысогорская И.В., Тимофеева Н.А., Антонова Ю.В., Гивировский С.Е. 85</p>	<p>ГОЛОВНАЯ БОЛЬ КАК ВАЖНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА В ЭПОХУ COVID-19 Ключева Е.Г., Голдобин В.В., Олимова Ф.З. 93</p>
<p>СТРУКТУРА КОМОРБИДНОСТИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ Касимова М.Б., Джамалов А.Ш. 86</p>	<p>КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕРОСОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПАПУЛО-ПУСТУЛЕЗНОЙ ФОРМОЙ АКНЕ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ Ключарева С.В., Белова Е.А., Заводько Е.А., Нечаева О.С., Гусева С.Н. 94</p>
<p>РУССКИЙ ПУТЬ ВРАЧЕБНОЙ МЫСЛИ В ТРУДАХ С.П. БОТКИНА Катюхин В.Н. 87</p>	<p>ЛЕЧЕНИЕ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ КОЖИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФЕРМЕНТНОГО ГЕЛЯ Ключарева С.В., Белова Е.А., Заводько Е.А., Слободских Е.О., Ключарев Г.В., Хаббус А.Г. 95</p>
<p>ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ОСТЕОАРТРИТОМ И МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТЬЮ КОСТНОЙ ТКАНИ Кашеварова Н.Г., Таскина Е.А., Кусевич Д.А., Стребкова Е.А., Шарাপова Е.П., Демин Н.В., Глухова С.И., Алексеева Л.И., Лиля А.М. 88</p>	<p>ВЛИЯНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ НА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНУЮ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА Ковалев А.В., Поляков А.С. 95</p>
<p>ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВАЛЕОЛОГИЧЕСКИХ ТИПОВ ЛИЧНОСТИ СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ Кдырбаева Ф.Р. 89</p>	<p>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ СРЕДИ ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА Ковалев А.В., Поляков А.С. 96</p>
<p>МИКРОЭЛЕМЕНТЫ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ У ВЗРОСЛЫХ Кдырбаева Ф.Р. 90</p>	<p>ВЛИЯНИЕ УМЕРЕННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У ЗДОРОВЫХ ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА Ковалев А.В., Поляков А.С. 97</p>
<p>ОЦЕНКА ОТНОШЕНИЯ ВРАЧЕЙ К ПРОВЕДЕНИЮ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ Кдырбаева Ф.Р. 90</p>	
<p>ОЦЕНКА РОЛИ ВЕНОЗНОЙ ДИСЦИРКУЛЯЦИИ ИЗ ПОЛОСТИ ЧЕРЕПА В ГЕНЕЗЕ МИГРЕНОЗНЫХ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ Киричук С.В., Иволгин Н.Е., Гавричкин Л.Е. 91</p>	

АССОЦИАЦИИ БИОМАРКЕРОВ И ЛОКАЛЬНОЙ ПОТЕРИ КОСТИ ПРИ РАЗЛИЧНОМ РИСКЕ ПЕРЕЛОМОВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ПРИ МНОГОЛЕТНЕМ НАБЛЮДЕНИИ Коваленко П.С., Постникова П.О., Дыдыкина П.С., Диатроптов М.Е., Глухова С.И.	97	ВЗАИМОСВЯЗЬ ГИПЕРУРИКЕМИИ И КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ Корнилова Е.А., Фонтуренко А.Ю., Мазуров В.И., Гайдукова И.З.	103
ХАРАКТЕРИСТИКА СКЕЛЕТНО-МЫШЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПРОХОДЯЩИХ КУРС ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ ПО ПОВОДУ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ СОЛИДНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ Колтакова А.Д., Лиля А.М., Феденко А.А.	98	ВЛИЯНИЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА НА ТЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРОЗА У ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА Королева Я.В., Смирнова Е.Н.	103
ИММУНОПОСРЕДОВАННЫЕ СКЕЛЕТНО-МЫШЕЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ КОНТРОЛЬНЫХ ТОЧЕК: ОПИСАНИЕ СЕРИИ СЛУЧАЕВ Колтакова А.Д., Лиля А.М., Черкасова М.В., Феденко А.А.	99	КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА Коценко Ю.И.	104
ОСТЕОПОРОЗ И КОМОРБИДНОСТЬ: ВЗАИМОСВЯЗЬ КОСТНОЙ МАССЫ С ПРЕКЛИНИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ЖЕНЩИН Колчина М.А., Скрипникова И.А.	100	ВОЗРАСТНОЙ АНДРОГЕННЫЙ ДЕФИЦИТ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ Кочанова Е.А., Один В.И., Бабич И.С., Хоанг В.Б.	105
К ВОПРОСУ О РАЗВИТИИ АСЕПТИЧЕСКИХ НЕКРОЗОВ КОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ Комаров В.Т., Хичина Н.С., Фадеева С.С., Филатова М.А., Донецкая Н.В.	100	ОСОБЕННОСТИ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ ОЖИРЕНИИ Кравцова Е.С., Овсянников Е.С.	106
ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЕЙ АЛЬДОСТЕРОНА И ФАКТОРА РОСТА ФИБРОБЛАСТОВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ Комарова Е.Б., Белкина Г.А., Кукушкина В.А., Стрекозова И.П.	101	ДИАГНОСТИКА РЕФЛЮКС-ИНДУЦИРОВАННОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТУССОГРАФИИ Крылова К.А., Овсянников Е.С.	106
ВЗАИМОСВЯЗЬ ФАКТОРОВ АГРЕССИИ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА ПРИ ГЛОМЕРУЛОПАТИЯХ У ДЕТЕЙ Конюх Е.А., Осипова-Егорова Е.А.	102	БЕЗОПАСНОСТЬ ВАКЦИН ПРОТИВ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ) Куликов А.Н., Муравьева Н.В., Белов Б.С.	107
		БЕЗОПАСНОСТЬ ВАКЦИН ПРОТИВ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ) Куликов А.Н., Муравьева Н.В., Белов Б.С.	107
		ТЕЧЕНИЕ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА Купкенова Л.М., Абдулганиева Д.И., Белоусова Е.Н., Бодрягина Е.С., Мухаметова Д.Д., Одинцова А.Х.	108

ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНТНАЯ АКТИВНОСТЬ ФАГОЦИТОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ КОВИД-19 Лазарева А.М., Коленчукова О.А., Смирнова С.В., Лаптева Л.В., Мельтцер В., Бурдин В. 109	ОСОБЕННОСТИ ДИФфуЗИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕБОЛЕВШИХ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19 Лисянская В.Е., Потанин А.А., Скворцова Р.Д. 115
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА И АСПИРИНОВОЙ АСТМЫ Лазарева А.М., Смирнова С.В., Коленчукова О.А., Лаптева А.М. 109	К РЕЗУЛЬТАТАМ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ АЛЛЕЛЕЙ И ГЕНОТИПОВ ПОЛИМОРФИЗМА G/A ГЕНА FGB У БЕРЕМЕННЫХ С СИНДРОМОМ ОГРАНИЧЕНИЯ РОСТА ПЛОДА Мавлянова Н.Н., Аслонова М.Ж. 116
ХАРАКТЕРИСТИКА ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНЦИИ МОНОЦИТОВ КРОВИ ПРИ COVID-19 Лазарева А.М., Коленчукова О.А., Смирнова С.В., Лаптева Л.В. 110	АНАЛИЗ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОТИПОВ ГЕНА C/T ГЕНА ITGA2-A2 (PLAN) У БЕРЕМЕННЫХ Мавлянова Н.Н., Аслонова М.Ж. 116
ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ Ласеева М.Г., Власова Т.И., Ваничкина Е.М. 111	ТЕЧЕНИЕ ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ Мавлянова Ш.З., Есионова Е.В. 117
КОММУНИКАТИВНОЕ УСЛОВНО ПАТОГЕННОЕ МИКРОБИОЦЕНОЗНОЕ ТЕЛО КАК ПОДХОД К ПОИСКУ НОВЫХ ПРО/ПОСТБИОТИЧЕСКИХ МЕТАБОЛИТОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ТЕРАПИИ БОЛЕЗНЕЙ Лахтин В.М., Лахтин М.В., Давыдкин В.Ю., Мелихова А.В., Давыдкин И.Ю. 111	ИННОВАЦИОННАЯ В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ Мавлянова Ш.З., Махсудов М.Р., Муминова С.Р., Мирзакулова Ш.Н., Закиров Б.Д. 118
ДИНАМИКА ПАТОЛОГИЙ У ПАЦИЕНТОВ 65+ В СВЯЗИ С ВОЛНАМИ ПАНДЕМИИ COVID-19 Лахтин В.М., Лахтин М.В., Давыдкин В.Ю., Комбарова С.Ю. 112	КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА Мавлянова Ш.З., Муминова С.Р., Мирзакулова Ш.Н., Алимухамедова Ю.А. 118
ПОСТБИОТИКИ ПРОТИВ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ С ДЕЙСТВИЕМ ВДОЛЬ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ОСЕЙ Лахтин В.М., Лахтин М.В., Мелихова А.В., Давыдкин И.Ю., Давыдкин В.Ю. 113	ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В СОЧЕТАНИИ С АНЕМИЕЙ Магирко А.Е., Овсянников Е.С. 119
ОСОБЫЕ ФОРМЫ ИБС: МИКРОВАСКУЛЯРНАЯ СТЕНОКАРДИЯ Леонова И.А., Болдуева С.А., Захарова О.В., Ярмош И.В. 114	МЕСТО ПНЕВМОНИИ В ОЦЕНКЕ ПРИЧИН СМЕРТИ ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЙ РЕАНИМАЦИИ ДО НАЧАЛА ПАНДЕМИИ COVID-19 Мазуренко М.С., Семиголовский Н.Ю., Мазуренко С.О., Иванов И.Г., Ермолаева Л.Г. 120
ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Лесных М.В., Овсянников Е.С. 114	ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ТЕРАПИИ ОСТЕОПОРОЗА И ПОДХОДЫ К ИХ ПРОФИЛАКТИКЕ Мазуренко С.О. 120

ПРОБЛЕМЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19 И ВТОРИЧНЫМ ИММУНОДЕФИЦИТОМ Мазуренко С.О., Гомон Ю.М., Жирков А.А., Пальчикова Л.С., Стрижелецкий В.В., Иванов И.Г., Кошечева Т.А., Зорина Е.А. 121	«СТЕРЕОТИПНЫЕ» НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ НА РАЗНЫЕ БАЗИСНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, НУЖДАЮЩИХСЯ В НАЗНАЧЕНИИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ, ПО ДАННЫМ АНАМНЕЗА Матьянова Е.В., Гриднева Г.И. 129
ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПО ОПРОСНИКАМ EQ-5D И KOOS ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ В ПОЛИКЛИНИКЕ Майко О.Ю., Туkenова Г.Б., Аверьянов В.Н., Чернов К.Г., Турмухамбетова Б.Т. 122	АКТИВНОСТЬ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМИ ПЕРИОДАМИ ПОСЛЕ ОТМЕНЫ РАННЕ ЭФФЕКТИВНЫХ И НЕ ЭФФЕКТИВНЫХ ИНГИБИТОРОВ ФНО-АЛЬФА Матьянова Е.В., Олюнин Ю.А., Гордеев А.В. 130
НЕРЕСПИРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОНЛАЙН АНКЕТИРОВАНИЯ Маковеева О.В., Быстров Г.С., Салахбеков И.С. 123	ВЗАИМОСВЯЗЬ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК И ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТЬЮ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Мацкевич С.А., Бельская М.И. 130
ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ Малаева Е.Г. 124	ОЦЕНКА ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ- БАКАЛАВРОВ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ В ОБЛАСТИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ Машарипова А.В., Нургалиева Н.К., Дербисалина Г.А. 131
СТРУКТУРА УРОПАТОГЕНОВ ПРИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ Малаева Е.Г. 125	АССОЦИИРОВАННЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ НАРУШЕНИЙ АВТОНОМНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ С ИЗМЕНЕНИЯМИ МОТОРИКИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Мельник Т.М. 132
КАРДИОТОКСИЧНОСТЬ, ИНДУЦИРОВАННАЯ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ТЕРАПИЕЙ, У КОМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ Маль Г.С. 126	ВЗАИМОСВЯЗИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ И РИСКА РАЗВИТИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПОДОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ Меньшикова А.Н., Сотников А.В., Гордиенко А.В., Носович Д.В. 133
КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ РИСКИ У БОЛЬНЫХ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (COVID-19) Марченко В.Н., Давыдов Д.А., Богачёва А.И., Банко В.В., Макаренко А.Р. 126	ИНДЕКС ГЛОБАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ Минушкина Л.О., Бражник В.А., Селезнева Н.Д., Капустина А.Ю., Алехин М.Н., Затейщиков Д.А. 134
ИЗУЧЕНИЕ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ЛИДОКАИНА НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА СПОНТАННЫХ СООБЩЕНИЙ О НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЯХ Матвеев А.В., Крашенинников А.Е., Егорова Е.А., Коняева Е.И., Бейтуллаев А.М. 127	
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СПОНТАННЫХ СООБЩЕНИЙ О НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЯХ ПРЕПАРАТОВ ГРУППЫ ИНТЕРФЕРОНОВ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ Матвеев А.В., Егорова Е.А., Корянова К.Н., Волуйко П.А., Сулейманова Н.Л. 128	

ДИНАМИКА АД У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ Минушкина Л.О., Казакова А.В., Давыдова Т.В.	134	ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СИНДРОМА ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИИ НА ЭТАПАХ ТРАНСФОРМАЦИИ АРИТМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА В ЖАРКОМ КЛИМАТЕ (II) Мухамметгулыева О.С.	140
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛИ В ШЕЕ ПО ТИПУ ЕЕ ЛЕЧЕНИЯ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ Михайлюк И.Г.	135	ВЛИЯНИЕ РАЗНЫХ КЛАССОВ ТАБЛЕТИРОВАННЫХ САХАРОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ ТЕСТА С 6-ТИ МИНУТНОЙ ХОДЬБОЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА Мухин И.В., Миминошвили В.Р., Зубрицкий К.С.	141
БЕЛКИ ОСТРОЙ ФАЗЫ ВОСПАЛЕНИЯ В ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ И ТЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ У БОЛЬНЫХ С MRSA Муллаханов Ж.Б., Мавлянова Ш.З.	136	ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВОЗРАСТ-АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ, ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ Мякотных В.С., Сиденкова А.П., Мещанинов В.Н., Остапчук Е.С.	142
КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН Мухамадиева В.Н., Лапшина С.А., Шамсутдинова Н.Г., Сагитова А.С., Закирова А.А., Краснова Л.А., Абдракипов Р.З., Сухорукова Е.В., Абдулганиева Д.И.	137	ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ДЕНОСУМАБ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ Навменова Я.Л., Савастеева И.Г., Махлина Е.С., Чернова Н.Ф., Москвичева Т.И.	142
КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ СО СПОНДИЛОАРТРИТАМИ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН Мухамадиева В.Н., Лапшина С.А., Шамсутдинова Н.Г., Сагитова А.С., Закирова А.А., Краснова Л.А., Абдракипов Р.З., Сухорукова Е.В., Абдулганиева Д.И.	137	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 Налетов А.В., Дубовик А.В., Свистунова Н.А.	143
НЕИНВАЗИВНАЯ ОЦЕНКА ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ Мухаметшина Э.И., Хамзина Ф.Т., Кириллова Э.Р., Абдулганиева Д.И.	138	РАЗВИТИЕ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ У ПАЦИЕНТКИ НА ФОНЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ) Немоляева Е.К., Волошинова Е.В., Сафарова К.Н.	144
ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СИНДРОМА ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИИ НА ЭТАПАХ ТРАНСФОРМАЦИИ АРИТМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА В ЖАРКОМ КЛИМАТЕ (I) Мухамметгулыева О.С.	139	ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ БИСОПРОЛОЛА НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Немченко В.О., Овсянников Е.С.	145
		МАТЕМАТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ Никитина В.В., Гусева В.Р.	145

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА ПРИ ОБОСТРЕНИИ Носивец Д.С. 146	ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НАБОРА РЕАГЕНТОВ «LUMIRADX SARS-COV-2 AG» ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПЕЦИАЛИСТАМИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ Останкова Ю.В., Найденова Е.В. 153
МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА Нурбаева К.С., Голоева Р.Г., Лисицына Т.А., Решетняк Т.М., Лиля А.М. 147	ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА АЛЬФА-ЦЕПИ РЕЦЕПТОРА ИНТЕРФЕРОНА-1 КАК МАРКЕР ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ПРОГРЕССИРОВАНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ХГВ Останкова Ю.В. 153
ВЛИЯНИЕ МИНИМАЛЬНОЙ ОСТАТОЧНОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ И ИММУНОГЕННОСТИ ИНГИБИТОРОВ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ А НА ИХ ЭФФЕКТИВНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Нуриахметова Т.Ю., Васильев А.Г., Абдулганиева Д.И. 148	ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ COVID-19 С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ Остапчук Е.С., Алексеева Е.Э., Багаева О.Ю. 154
АНАЛИЗ ПАРАМЕТРОВ АКТИВНОСТИ ЖИРОВОЙ ТКАНИ И ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ОЖИРЕНИЕМ Овсянников Е.С., Гречкин В.И. 148	ОСОБЕННОСТИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ У ПРИВИТЫХ И НЕ ПРИВИТЫХ ПАЦИЕНТОВ Остапчук Е.С. 155
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ Овсянников Е.С., Дробышева Е.С. 149	НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДА ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ Очколяс М.В., Очколяс В.Н., Гальвас Н.Ю., Михайлова А.Н., Дымнич Н.А. 155
ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ОЖИРЕНИЕМ Овсянников Е.С., Дробышева Е.С. 150	АРИТМОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ У МУЖЧИН С АНДРОИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ Панова Е.И., Морозова Е.П., Живулин П.Н. 156
ВОСПРИЯТИЕ ПАЦИЕНТАМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И ИХ ЛЕЧЕНИЯ Огарев В.В., Ялтонский В.М., Сирота Н.А., Саджая С.Т., Бодунова Н.А. 150	РЕВМАТИЧЕСКАЯ КАХЕКСИЯ: СПОСОБЫ ДИАГНОСТИКИ И ВСТРЕЧАЕМОСТЬ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-РЕВМАТОЛОГА Папичев Е.В., Ахвердян Ю.Р., Сивордова Л.Е., Полякова Ю.В., Заводовский Б.В. 157
ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19: ВОПРОСЫ БЕЗ ОТВЕТА Окороков А.Н., Бураков И.И. 151	ОЦЕНКА УРОВНЯ КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ДО КОРРЕКЦИИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА Пелех Д.М., Никитина Т.Г., Гуляев К.С., Голухова Е.З. 158
ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ ФОТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНЫХ ПРОГРАММАХ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ Орлов М.М., Петелина Е.В., Орлов М.А. 152	

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ COVID-19 В РАННЕМ ПЕРИОДЕ: ДАННЫЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ Первак М.Б., Герасименко В.В., Оборнев А.Л. 159	РОЛЬ СУБСТРАТНОЙ АБЛАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИ СТРУКТУРНОЙ ПАТОЛОГИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА Плащинская Л.И., Гончарик Д.Б., Часнойть А.Р., Барсукевич В.Ч., Ребеко Е.С., Подпалова О.В., Ильина Т.В. 164
ИССЛЕДОВАНИЕ СТРУКТУРЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖИТЕЛЕЙ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ Перцев А.В. 160	ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТА С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ АОРТОАРТЕРИИТОМ Полиданов М.А., Бородай А.А., Тяпкина Д.А., Григорьева Е.В. 165
ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕГОЧНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ Перцев А.В., Резова Н.В., Шкатова Я.С. 160	АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ Полонская И.И. 166
К ВОПРОСУ О КОМОРБИДНОМ ТЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Перцев А.В., Резова Н.В., Шкатова Я.С. 161	КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Полонская И.И. 167
ВЛИЯНИЕ АНЕМИИ НА РАЗВИТИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Перцева М.В., Перцев А.В. 162	АУТОИММУННЫЙ ГАСТРИТ: ВОЗМОЖНОСТИ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКИ Полякова В.В., Бодунова Н.А., Янова Т.И. 167
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ Перцева М.В., Перцев А.В. 162	АССОЦИАЦИЯ СЫВОРОТОЧНОГО УРОВНЯ НЕСФАТИНА-1 С АКТИВНОСТЬЮ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И ТРЕВОЖНО- ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ Полякова Ю.В., Квилидзе Т.З., Папичев Е.В., Ахвердян Ю.Р., Сивордова Л.Е., Заводовский Б.В. 168
НОЦИЦЕПТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИЕЙ МИОКАРДА Петрова В.Б., Петрова А.Б., Болдуева С.А., Петрова А.И. 163	ШКОЛА ДЛЯ ВРАЧЕЙ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ОСТЕОПОРОЗА – «НАЧНИ С СЕБЯ» Полякова Ю.В., Сивордова Л.Е. 168
НОВАЯ ПОТЕНЦИАЛЬНО ПАТОГЕННАЯ МИССЕНС-МУТАЦИЯ В ГЕНЕ F12 У ПАЦИЕНТКИ С КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ НАСЛЕДСТВЕННОГО АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА Печникова Н.А., Сайтгалина М.А., Останкова Ю.В. 164	ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ МИОКАРДИАЛЬНЫХ МЫШЕЧНЫХ МОСТИКОВ У ПАЦИЕНТОВ, НАПРАВЛЕННЫХ НА КОМПЬЮТЕРНО- ТОМОГРАФИЧЕСКУЮ КОРОНАРОГРАФИЮ Попова А.В., Шуленин К.С., Меньков И.А., Железняк И.С., Тедеев Т.Г., Сальников М.В., Гатдиева М.Б., Гапоненко А.Д. 169

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МИОКАРДИАЛЬНЫХ МЫШЕЧНЫХ МОСТИКОВ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКОЙ КОРОНАРОГРАФИИ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ Попова А.В., Шуленин К.С., Меньков И.А., Железняк И.С., Тедеев Т.Г., Сальников М.В., Гатчиева М.Б., Гапоненко А.Д. 170	ИЗУЧЕНИЕ ЗАВИСИМОСТИ МЕЖДУ МЕЛАТОНИНОМ И ПСИХИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЕМ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Резова Н.В., Перцев А.В., Шкатова Я.С. 174
НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИЕ ПЕРЕЛОМЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ: РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОЛЕТНЕГО ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ Постникова П.О., Коваленко П.С., Бланк М.Ю., Аболёшина А.В., Глухова С.И., Дыдыкина И.С., Лиля А.М. 170	СОН И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ: ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ Резова Н.В., Шкатова Я.С., Перцев А.В. 175
ПРИЧИНЫ ПОВТОРНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ Потанина О.Н., Айрапетян С.А., Мазуренко С.О., Стрижелецкий В.В., Пальчикова Л.С., Теплякова Н.А., Ермолаева Л.Г. 171	ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТЕЙ У ПАЦИЕНТКИ С АМИОПАТИЧЕСКИМ ДЕРМАТОМИОЗИТОМ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ДЕБЮТОМ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ) Родионовская С.Р., Алексеева О.П. 176
ОСОБЕННОСТИ ИСХОДНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА У ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ Пошехонова Ю.В. 172	ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕРКОТИЗИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ Ростом Л.Ж., Буева К.А., Мазуренко С.О., Стрижелецкий В.В., Шатиль М.А. 176
ОЦЕНКА СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ ПРОНИЦАЕМОСТИ КИШЕЧНОГО БАРЬЕРА У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА И ИНФЕКЦИЕЙ <i>CL. DIFFICILE</i> Пургина Д.С., Лялина Л.В., Рассохин В.В. 173	ОСОБЕННОСТИ РЕСПИРАТОРНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ Сабиров Д.М., Росстальная А.Л., Тахиров А.У. 177
ВЫБОР ИМПЛАНТИРУЕМОГО УСТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ТАХИКАРДИОМИОПАТИЕЙ И УМЕРЕННО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПЕРЕД РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИЕЙ АВ УЗЛА Ребеко Е.С., Часнойть А.Р., Гончарик Д.Б., Персидских Ю.А., Плащинская Л.И., Барсукевич В.Ч., Подпалова О.В. 174	КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ Сабиров У.Ю., Иноятова Н.Р., Исмогилов А.И., Махсудов М.Р. 178
	ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST Савушкина И.А., Овсянников Е.С. 178
	ОЦЕНКА ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST Савушкина И.А., Овсянников Е.С. 179
	РОЛЬ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И РАЗВИТИЯ ОСТЕОАРТРИТА В СОЧЕТАНИИ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ Сагатова Д.Р., Султанова М.Х., Муминова Н.И. 180

<p>ЧТО ТОЛКАЕТ ПАЦИЕНТА С COVID-19 В РУКИ ХИРУРГА Салыгина Д.С., Симутис И.С., Кащенко В.А., Васюкова Е.Л., Сапегин А.А., Куприн Е.П. 181</p>	<p>ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ГЕПАТИТА В В ГРУППЕ МОЛОДЫХ ВЗРОСЛЫХ, РЕСПУБЛИКА СЕРБИЯ Серикова Е.Н., Останкова Ю.В. 188</p>
<p>ЛЕЧЕНИЕ ПОДАГРЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: РЕАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ФАКТОРЫ БЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА Сарапулова А.В., Теплякова О.В. 182</p>	<p>АССОЦИАЦИЯ ЭКСПРЕССИИ ЦИТОКИНА НЕСФАТИН-1 С УРОВНЕМ МАРКЕРА ФОРМИРОВАНИЯ КОСТНОГО МАТРИКСА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ Сивордова Л.Е., Полякова Ю.В., Папичев Е.В., Ахвердян Ю.Р., Заводовский Б.В. 188</p>
<p>РОЛЬ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ В ОБРАЗОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ Сарапулова А.В., Теплякова О.В. 182</p>	<p>ОСТЕОПОРОЗ НА ФОНЕ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ Сивордова Л.Е., Полякова Ю.В., Папичев Е.В., Ахвердян Ю.Р., Заводовский Б.В. 189</p>
<p>САРКОПЕНИЯ КАК ПРЕДИКТОР ПАДЕНИЙ И ПЕРЕЛОМОВ У ЛЮДЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА Сафонова Ю.А. 183</p>	<p>ОСТРАЯ МОТОРНАЯ АКСОНАЛЬНАЯ НЕВРОПАТИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ Сигитова Е.В., Статинова Е.А., Савинкова Я.В. 190</p>
<p>ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЕ ПРОГРАММНЫМ ГЕМОДИАЛИЗОМ Семенова К.И., Седов Д.С., Волошинова Е.В. 184</p>	<p>ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА Сидоренко Ю.В., Иванова Л.Н., Пустовой Ю.Г., Балабаева Н.В. 191</p>
<p>ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ КОАГУЛОПАТИЙ ПРИ COVID-19 С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОПЫТА ДОКОВИДНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕПАРИНИНДУЦИРОВАННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ Семиголовский Н.Ю., Семиголовский С.Н., Левчук А.Л., Дрыгин А.Н., Боткина А.А. 185</p>	<p>COVID АССОЦИИРОВАННАЯ ЭНДОТЕЛИОПАТИЯ – ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ Симутис И.С., Бояринов Г.А., Сапегин А.А., Коваленко А.Л. 191</p>
<p>ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ СМЕРТИ РЕАНИМАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ Семиголовский Н.Ю., Мазуренко М.С., Бородин Н.В., Семиголовский С.Н., Ермолаева Л.Г. 185</p>	<p>ПОДАГРИЧЕСКИЙ ИЛИ РЕАКТИВНЫЙ АРТРИТ: ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ Сиротко О.В., Сиротко В.В. 192</p>
<p>СПЕЦИАЛИЗАЦИЯ РЕАНИМАЦИОННЫХ ОТДЕЛЕНИЙ КАК ИНСТРУМЕНТ ПРОГРЕССА ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ КАРДИОЛОГИИ Семиголовский Н.Ю., Баллюзек М.Ф., Воронин М.С., Семиголовский С.Н. 186</p>	<p>ОСОБЕННОСТИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА Сиротко О.В., Сиротко В.В. 193</p>
<p>СТАБИЛЬНОСТЬ ТЯЖЕЛОЙ ГОРМОНОЗАВИСИМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ Сергеева Г.Р., Емельянов А.В., Знахуренко А.А., Лешенкова Е.В. 187</p>	

ПОРТАТИВНАЯ НЕИНВАЗИВНАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ SARS-COV-2 Скворцова Р.Д., Рябых А.А., Станевич О.В. 194	КОРРЕКЦИЯ ПРОТЯЖЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ С ПОМОЩЬЮ БИОДЕГРАДИРУЕМЫХ СОСУДИСТЫХ СКАФФОЛДОВ: НАХОДКИ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ Стриго Н.П., Стельмашок В.И., Полонецкий О.Л., Зацепин А.О., Захаревич А.Н., Борисевич А.А., Цибульский М.Г. 199
ОСТЕОПОРОЗ И КОМОРБИДНОСТЬ: СВЯЗЬ МЕЖДУ КОСТНОЙ ТКАНЬЮ И СОСУДИСТОЙ СТЕНКОЙ Скрипникова И.А. 194	ПЕРСПЕКТИВЫ ИЗУЧЕНИЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА Струментова Е.С., Лобзин В.Ю., Мальцев Д.С., Бурнашева М.А., Черемисин С.С. 200
РОЛЬ КАПНОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ОПЕРИРОВАННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ Смирнова В.В., Овсянников Е.С. 195	ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЧЕЧНОЙ ФУНКЦИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С РАЗЛИЧНЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА И АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Суджаева О.А., Карпова И.С., Кошлатая О.В., Кравченко А.В. 200
ДОЛГОСРОЧНЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПРЕДИАБЕТА И АТЕРОСКЛЕРОЗА У МУЖЧИН С РАЗЛИЧНЫМИ МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ ТИПАМИ ОЖИРЕНИЯ Соколов Д.А., Сердюков Д.Ю. 196	ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ПОТЕРЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ДО И ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА Суджаева О.А., Кошлатая О.В., Спирина О.В. 201
ДИНАМИКА ЦИТОКИНОВ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА Спицина С.С., Трофименко А.С., Мозговая Е.Э., Бедина С.А., Мамус М.А. 196	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБЕЗБОЛИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЕМ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ОСТЕОАРТРИТОМ Султанова М.Х., Сагатова Д.Р. 202
ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОРФИРИИ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Стафинова Е.А., Сигитова Е.В., Нечепуренко В.О. 197	ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ Сычева Е.А., Овсянников Е.С. 203
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОТРЕКСАТА У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ФЕНОТИПОМ ОСТЕОАРТРИТА Стребкова Е.А., Кашеварова Н.Г., Таскина Е.А., Шарапова Е.П., Кусевич Д.А., Аникин С.Г., Алексеева Л.И., Лиля А.М. 198	ИЗУЧЕНИЕ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗАХ Танрыбердиева Т.О. 203

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ С РАЗНЫМ ТИПОМ ГЕМОДИНАМИКИ Танрыбердиева Т.О.....	204	ГИПЕРУРИКЕМИЯ И ОСОБЕННОСТИ КОМПОЗИЦИОННОГО СОСТАВА ТЕЛА У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ С ИБС Тополянская С.В., Елисеева Т.А., Вакуленко О.Н., Дворецкий Л.И.....	211
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ФЕНОТИП ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ: ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА Таскина Е.А., Кашеварова Н.Г., Кудинский Д.М., Демин Н.В., Алексеева О.Г., Черкасова М.В., Самаркина Е.Ю., Стребкова Е.А., Шарাপова Е.П., Алексеева Л.И., Лиля А.М.....	205	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА У ПАЦИЕНТОВ, ПРОЛЕЧЕННЫХ СОГЛАСНО СТРАТЕГИИ «ЛЕЧЕНИЕ ДО ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕНИ» НА РАННЕЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ Тремаскина П.О., Сухина А.В., Логинова Е.Ю., Коротаяева Т.В., Глухова С.И., Воробьева Л.Д., Чамурлиева М.Н.....	212
БЕЗОПАСНОСТЬ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ: РОЛЬ ИНСТРУКЦИИ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ Таубэ А.А.....	206	ЛАБОРАТОРНЫЕ МАРКЕРЫ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ИХ КОРРЕЛЯЦИЯ С ТЯЖЕСТЬЮ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ Тучин И.А., Мазуренко С.О., Головкин Н.В., Тучина А.И.....	213
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ Ташмухамедова М.К.....	207	ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРЕНЕСЕННОЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 Тучин И.А., Мазуренко С.О., Тучина А.И.....	214
СОВРЕМЕННАЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА Ташпулатова М.М., Алиева К.К.....	208	ВЛИЯНИЕ COVID-19-ИНФЕКЦИИ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЗАТРОНУТЫХ ПАНДЕМИЕЙ ЛИЦ Улюкин И.М., Сечин А.А., Орлова Е.С.....	214
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА Ташпулатова М.М., Алиева К.К.....	208	ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ И СВЯЗИ СИНОВИАЛЬНОГО И ЭНТЕЗЕАЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТЕ Файрушина И.Ф., Кириллова Э.Р., Абдулганиева Д.И.....	215
ФИБРОМИАЛГИЯ: К ВОПРОСУ О ВОЗРАСТНЫХ И ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ Теплякова О.В.....	209	ВЕРИФИКАЦИЯ ТИПОВ И ПОДТИПОВ БОЛЕЗНИ ВИЛЛЕБРАНДА С ПОМОЩЬЮ ЛАБОРАТОРНЫХ ТЕСТОВ Федорова А.В., Сивенкова В.Р., Мишина А.М.....	216
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В РЕВМАТОЛОГИИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 Теплякова О.В.....	210	ОЦЕНКА ВОЗДЕЙСТВИЯ БАЗИСНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА СОСТОЯНИЕ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ СО СПОНДИЛОАРТРИТАМИ И РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Федорович С.Е.....	217
АНАЛИЗ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С РАННИМ АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ, ДОСТИГШИМ ASAS ЧАСТИЧНУЮ РЕМИССИЮ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНУЮ РЕМИССИЮ НА 3 ГОДУ НАБЛЮДЕНИЯ Тимохина Д.Г., Дубинина Т.В., Демина А.Б., Кричевская О.А., Эрдес Ш.....	211		

<p>РОЛЬ СПЕКТРАЛЬНОЙ ТУССОФОНОБАРОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ Фейгельман С.Н., Овсянников Е.С.....</p>	218	<p>КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ КРЕМА ФИЛАГРИНОЛА Хамидов Ф.Ш., Хамидова М.З., Ботиров К.З., Кучкаров А.А., Алиев Л.М., Муминов М.М., Абдурахмонов А.А., Пулатов Б.Т.....</p>	223
<p>ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ СИСТЕМНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И СТРУКТУРНОЙ ГЕОМЕТРИЕЙ МИОКАРДА Фейсханова Л.И.....</p>	218	<p>ИНДЕКС ТЯЖЕСТИ БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА У БОЛЬНЫХ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ В УСЛОВИЯХ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ Хамидов Ф.Ш., Хасанова Н.У., Кучкаров А.А., Хамидова М.З., Ботиров К.З., Насриддинова Н.Б., Фозилов Ф.А., Муминов М.М.....</p>	223
<p>ВЗАИМОСВЯЗЬ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА И ПРЕДИКТОРОВ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Фейсханова Л.И.....</p>	219	<p>ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ИНТЕРФЕРОНОМ АЛЬФА-2В НА ГУМОРАЛЬНЫЙ ИММУНИТЕТ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ COVID-19 ИНФЕКЦИИ Хасанова А.А., Костинов М.П., Соловьева И.Л.....</p>	224
<p>УСТАЛОСТЬ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ВЗАИМОСВЯЗИ Феклистов А.Ю.....</p>	219	<p>СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АГ И ОЖИРЕНИЕМ НА ФОНЕ ИНФЕКЦИИ COVID-19 Хвашевская Г.М., Василявичуте И., Карпович А.И.....</p>	225
<p>ВЗАИМОСВЯЗИ БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИИ С АКТИВНОСТЬЮ, КОМОРБИДНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ И РЕЗУЛЬТАТАМИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Фонтуренко А.Ю., Башкинов Р.А., Мазуров В.И., Гайдукова И.З., Петрова М.С., Инамова О.В.....</p>	220	<p>ФУНКЦИОНАЛЬНО-АДАПТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ГИПОТИРЕОЗОМ Холина Е.А.....</p>	225
<p>ОСОБЕННОСТИ НАТРИЙУРЕЗА ПРИ ГИПЕРВОЛЕМИИ И ПРИМЕНЕНИИ ДИУРЕТИКОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Фролов Д.С., Мазуренко С.О., Рубинштейн А.А.....</p>	221	<p>АНАЛИЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫХ АКТОВ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ Хорькова О.В.....</p>	226
<p>ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЛИТТЛА-ЛАССЮЭРА-ПИККАРДИ Хаббус А.Г., Ключарева С.В., Белова Е.А., Тихомирова А.Д.....</p>	221	<p>ОСОБЕННОСТИ МОЗГОВОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ОСТРЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ Худайберганов Н.Ю., Жаббаров М.Т., Султанова Д.А.....</p>	227
<p>ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ И СОСТОЯНИЕ МОНООКСИГЕНАЗНОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ, ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ АЛОПЕЦИЕЙ В УСЛОВИЯХ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ Хамидов Ф.Ш., Зокиров Ш.К., Хамидова М.З., Фозилов Ф.А.....</p>	222		

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА КАРИПАЗИМ ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМАХ Худайберганов Н.Ю., Жаббаров М.Т., Султанова Д.А. 228	СИНДРОМ БРАДИЭНТЕРИИ КАК ИНДУКТОР КОМОРБИДНОСТИ Шемеровский К.А., Кантемирова Р.К. 235
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ ЯНТАРНОЙ КИСЛОТЫ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С МЕТЕОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ Худайберганов Н.Ю., Киличев И.А., Адамбаев З.И. 228	БАЗИСНАЯ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ КАК ВЕДУЩИЙ ФАКТОР, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ГЛИКОКАЛИКСА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ Шиманьски Д.А., Нестерович И.И., Инамова О.В., Лапин С.В., Галкина О.В., Левыкина Е.Н., Трофимов В.И., Власов Т.Д. 235
АУТОИММУННЫЙ КОМПОНЕНТ В РАЗВИТИИ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА Хуторский Д.Д., Гумилевский Б.Ю. 229	ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЦИСТАТИНА С В КАЧЕСТВЕ МАРКЕРА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Шипилова Д.А., Нагибович О.А. 236
РОЛЬ АЛЬФА-ГЕРПЕСВИРУСОВ В РАЗВИТИИ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА Хуторский Д.Д., Гумилевский Б.Ю. 230	РОЛЬ ФЕНОТИПОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В РАЗВИТИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ Шишкин А.Н. 237
О РОЛИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСА И ВИРУСА ЭПШТЕЙНА-БАРР В РАЗВИТИИ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА Хуторский Д.Д., Гумилевский Б.Ю. 231	НЕЙРОПЕПТИД Y И ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ Шкатова Я.С., Перцев А.В., Резова Н.В. 238
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОСТ-COVID-СИНДРОМА У ДЕТЕЙ Шалькевич Л.В., Жевнеронок И.В., Лемеш О.Ю. 231	АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ С ТРЕНИРОВКАМИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ МУСКУЛАТУРЫ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ОЖИРЕНИЕМ Шкатова Я.С., Резова Н.В., Перцев А.В. 239
ВЗАИМОСВЯЗЬ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ И НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ Шалькевич Л.В., Жевнеронок И.В., Лебедева С.К. 232	АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА RS5219 ГЕНА KCSNJ11 С ПОКАЗАТЕЛЯМИ НЕПРЕРЫВНОЙ ГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КРИВОЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ПОЛУЧАЮЩИХ ТЕРАПИЮ ВИЛДАГЛИПТИНОМ Шорохова П.Б., Баранов В.Л. 239
ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА ПРИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ Шаповалова А.Б., Канавец Н.С. 233	ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ФОНЕ ЛАТЕНТНЫХ ВНУТРИКЛЕТОЧНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ Шпигун Н.В., Семенов В.М., Солодовникова С.В. 240
ОПТИМИЗАЦИЯ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ С УЧЕТОМ ПИКОВОЙ СКОРОСТИ ВДОХА Шарова Н.В., Черкашин Д.В., Соболев А.Д. 234	

ВЛИЯНИЯ АЛЛЕЛЬНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА СУР2D6 НА ДОСТИЖЕНИЕ МАКСИМАЛЬНОЙ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ БИСОПРОЛОЛА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ Шумков В.А., Болдуева С.А., Петрова В.Б., Загородникова К.А., Петрова А.И. 241	ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННАЯ ВИРУСОМ SARS-COV-2, У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Юнусова Ф.Г., Перепелица С.А., Малышенко Ю.А. 244
ФОРМИРОВАНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ – ВАЖНАЯ ЗАДАЧА ВРАЧА РЕВМАТОЛОГА Щемелева Е.В., Скородумова Е.А. 242	ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НАСЛЕДСТВЕННОГО ПОЛИПОЗА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ Янова Т.И., Бодунова Н.А., Полякова В.В. 245
ФОРМИРОВАНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ – ВАЖНАЯ ЗАДАЧА ВРАЧА РЕВМАТОЛОГА Щемелева Е.В., Скородумова Е.А. 243	ОСОБЫЕ ФОРМЫ ИБС: ВАЗОСПАСТИЧЕСКАЯ СТЕНОКАРДИЯ Ярмош И.В., Болдуева С.А., Гузёва В.М., Леонова И.А. 246
СИНДРОМ АКТИВАЦИИ МАКРОФАГОВ И ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ SARS-COV-2 Щербанев К.Г., Перепелица С.А., Михайлова Л.В. 243	КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ТРАНСКАТЕТЕРНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА (TAVI) У ДОЛГОЖИТЕЛЯ Ярмош И.В., Селецкий С.С., Калоева З.Г., Догова В.И., Воробьева А.М., Устименко А.Ю. 247

Научное издание
Всероссийский конгресс
БОТКИНСКИЕ ЧТЕНИЯ
ISBN 978-5-6046956-2-3

Технический партнер:

ООО «Ай Си Эс»



Технический редактор:

Бобровник Е.А.

Дизайн, верстка:

Куделина Т.П.

Подписано в печать 13.04.2022
Формат 60x90 1/16. Бумага офсетная.
Гарнитура «Таймс Нью Роман»
Печать офсетная. Тираж 250 экз.