

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



Всероссийский терапевтический конгресс
с международным участием

БОТКИНСКИЕ ЧТЕНИЯ

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

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Санкт-Петербург
2024

Научное издание

Всероссийский терапевтический конгресс с международным участием
БОТКИНСКИЕ ЧТЕНИЯ

Сборник тезисов: / Под редакцией: академика РАН Мазурова В.И.,
профессора Трофимова Е.А.
СПб.: 2024. – 312 с.

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

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

ISBN 978-5-6051524-0-8

© «Человек и его здоровье», составление, оформление, 2024
© Коллектив авторов, 2024

ЦИТОКИНЫ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

Абдуазизова Н.Х.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Введение. Системная красная волчанка (СКВ) – заболевание, поражающее преимущественно женщин репродуктивного возраста. Еще в 1955 г. J.A. Merrill в одном из первых литературных обзоров «СКВ и беременность» отметил, что плодные потери при СКВ составляют 36%. Последующие многочисленные исследования подтверждали факт неблагоприятного влияния СКВ на течение беременности, ее материнские и перинатальные исходы. По статистике частота самопроизвольных аборт при СКВ составляет 50%, мертворождений – 35%, преждевременных родов – 25%, и около 5% младенцев страдает внутриутробной задержкой развития.

Цель. Изучить клинико-патогенетическое значение провоспалительных цитокинов фактора некроза опухоли альфа – ФНО- α , интерлейкина – ИЛ-6, ИЛ-18 и противовоспалительных цитокинов ИЛ-10 при СКВ.

Материалы и методы. Обследовано 67 больных с диагнозом СКВ, средний возраст больных составил $35,1 \pm 11,5$ лет. Сывороточную концентрацию цитокинов измеряли иммуноферментным методом с использованием коммерческих наборов реагентов «Bender MedSystems» (Австрия).

Результаты. Уровни ФНО- α , ИЛ-18, ИЛ-6 при СКВ были выше $p < 0,05$. Увеличение концентрации провоспалительных цитокинов зависело от формы, степени активности и длительности заболевания. Уровень ИЛ-10 у больных СКВ увеличивался в зависимости от степени активности заболевания. По мере нарастания длительности процесса наблюдалась тенденция к понижению этого показателя. Концентрация фактора некроза опухолей – ФНО- α и интерлейкина ИЛ-6, ИЛ-18 в сыворотке крови оказалась повышенной почти у всех больных по сравнению с данными контрольной группы. У больных СКВ с высоким уровнем ФНО- α и ИЛ-18 в крови достоверно чаще встречались системные проявления заболевания, средняя и высокая степень активности процесса.

Выводы. Гиперпродукция провоспалительных цитокинов, участвующих в регуляции клеточного иммунного ответа и воспаления, является важным фактором патогенеза СКВ.

ВЛИЯНИЕ МЕТОТРЕКСАТА НА ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ У БОЛЬНЫХ, РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Абдуазизова Н.Х., Алиева К.К., Шарапов З.А.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Развитие пандемии COVID-19 привлекло внимание медицинской общественности к принципиально новым клиническим и фундаментальным проблемам иммунопатологии заболеваний человека. Пациенты с ревматоидным артритом (РА) составляют группу риска в отношении инфицирования COVID-19. К настоящему времени известно, что COVID-19 не только протекает как острое респираторное заболевание, но также приводит к вирус-индуцированной дисрегуляции врожденного и приобретенного иммунитета. Изучение патогенетических механизмов и фармакотерапии помогает снижать смертельные осложнения COVID-19 у больных РА.

Цель исследования. Изучить влияние метотрексата на цитокиновый профиль у больных ревматоидным артритом перенесших COVID-19.

Материалы и методы. В исследование были включены пациенты с РА перенесших COVID-19, проходившие медицинское обследование в период с 2020 по 2021 г. Обследовано 80 пациентов в возрасте от 20 до 70 лет, находящихся на стационарном лечении в отделениях ревматологии и кардиоревматологии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Проводили сравнительный анализ содержания интерлейкинов 17 (ИЛ-17) и фактора некроза опухоли-альфа (ФНО- α) в сыворотке крови, а также IgM и IgG антител, АЦЦП, рентгенографии суставов. Оценка эффективности терапии проводилась через 3 месяцев после начала лечения с использованием индекса DAS 28.

Результаты и обсуждение. Больные были разделены на 2 группы: перенесшие COVID-19 ($n=40$) и не перенесшие COVID-19 ($n=40$). Обе группы получали метотрексат в дозе 20 мг 1 раз в неделю внутримышечно. Увеличение клинико-лабораторных показателей и активности РА – средняя степень у 43,3% и высокая степень у 28,5% наблюдались у больных в 1-ой группе. У больных перенесших COVID-19 обнаружено существенное увеличение концентрации цитокинов ИЛ-17 и ФНО- α , АЦЦП СРБ, СОЭ. Эрозивный артрит встречался у 24,10%, это позволяет объяснить более агрессивное течение РА перенесших COVID-19.

Вывод. Таким образом, увеличение провоспалительных цитокинов ИЛ-17, ФНО- α увеличивает деструктивные процессы костной и хрящевой ткани у больных РА перенесших COVID-19. При назначении



метотрексата наблюдается положительная динамика клинико-лабораторных показателей и снижения уровня провоспалительных цитокинов в сыворотке крови.

ОЦЕНКА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Абдулганиева Д.И.¹, Шамсутдинова Н.Г.¹,
Мясоутова Э.Р.², Купкенова Л.М.², Янгуразова А.Р.¹

¹Казанский государственный
медицинский университет,

²Республиканская клиническая больница,
г. Казань

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), к которым относятся болезнь Крона (БК) и язвенный колит (ЯК), представляют собой важную проблему в связи с быстро растущей распространенностью, тяжелым рецидивирующим течением, необходимостью длительной и агрессивной терапии, а также развитием внекишечных проявлений и осложнений. Одним из внекишечных проявлений ВЗК является остеопороз. Остеопороз – системное заболевание скелета, характеризующееся снижением минеральной плотности костной ткани (МПК) и нарушением микроархитектоники кости.

Цель исследования. Оценить МПК у молодых пациентов с ВЗК.

Материалы и методы. Обследовано 29 больных с верифицированным диагнозом ВЗК: у 16 больных – БК, у 13 – ЯК; 14 мужчин, 15 женщин. Средний возраст пациентов составил 29 [25; 35] года. Средний возраст дебюта ВЗК составил 24 [19,5; 29] года. Всем пациентам было проведено общеклиническое обследование, а также двухабсорбционное рентгеноденситометрическое исследование с определением МПК и костного минерального содержания (bone mineral content, ВМС). Полученные данные соотносились с базой данных NHANES III.

Результаты. Средний показатель Z-критерия (L1-L4) составил -0,2 [-0,675; 0,8]. Средний показатель Z (шейка бедра) составил -0,4 [-1,35; 0,45]. Среднее значение МПК на уровне поясничного отдела позвоночника (L1-L4) составило 1,144 [1,04; 1,23] (г/см²). Среднее общее ВМС составило 67,43 [59,17; 78,035] г. Среднее значение МПК на уровне шейки правой бедренной кости составило 0,95 [0,87; 1,04] (г/см²). Среднее значение общего ВМС в том же месте составило 25,26 [21,99; 27,44] г. Среднее значение МПК на уровне шейки левой бедренной кости составило 0,96 [0,87; 1,01]. Среднее суммарное значение ВМС составило 24,49 [21,75; 26,47].

Заключение. Несмотря на то, что Z критерий в норме, абсолютные значения МПК и костного минерального содержания отличаются от значений по сравнению с референсным интервалом базой данных NHANES III.

О КОМПЛЕКСНОМ ПОДХОДЕ К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Абдуллаев А.Х.^{1,2}, Алиахунова М.Ю.¹,
Раимкулова Н.Р.², Расулев Е.Э.², Хан Т.А.¹

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

²Ташкентский педиатрический
медицинский институт,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценка эффективности комплексного подхода к лечению болевого синдрома при дегенеративно-дистрофических заболеваниях опорно-двигательного аппарата.

Материалы и методы. 35 больных (средний возраст – 54,0±4,8 года) остеоартритом (ОА) и с дорсалгиями на фоне спондилоартроза принимали нестероидный противовоспалительный препарат (НПВП) диклофенак натрия, 100 мг по 1 капсуле 1 раз в сутки в течение 5-7 дней и SYSADOA (хондроитина сульфат, глюкозамина сульфат + микроэлементы) по 1 каплете в день на протяжении 6 месяцев. Исходно, через 3 и 6 месяцев проводили клинические и лабораторно-инструментальные исследования (общие и биохимические анализы крови, анализ мочи, С-реактивный белок (СРБ), рентген, магнитно-резонансную томографию). Эффективность лечения оценивали по интенсивности болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ – 100 мм); объему движений; мышечно-тоническим проявлениям; выраженности корешкового синдрома. Критерия включения в исследование: возраст старше 18 лет; ОА коленных, тазобедренных или мелких суставов кистей 1-3-й рентгенологической стадии по Kellgren-Lawrence; боль при движении более 40 мм по ВАШ; прием НПВП не менее чем за четыре недели до начала исследования. Упражнения для снижения боли, увеличения подвижности, объема движения в суставе; улучшению питания тканей сустава, предупреждения/замедления дегенерации суставного хряща; на растяжение для оздоровления хрящевой ткани и увеличения пластичности мышц.

Результаты и обсуждение. До лечения пациентов беспокоили разнообразные болевые ощущения. У большинства больных (86%) преобладал вертеброгенный болевой синдром в пояснично-крестцовой области с иррадиацией в ноги, с ограничением движений в поясничном отделе позвоночника, напряжением и болезненностью околопозвоночных мышц и их остистых отростков и паравертебральных точек при пальпации. У 3 пациентов наблюдали снижение или выпадение соответствующих рефлексов, мышечную слабость и гипестезию в зоне пораженных нервных корешков. Интенсивность боли пациенты оценили как сильную (14) и умеренную (21), соответственно $81,2 \pm 7$ и $60,2 \pm 5$ мм по ВАШ. Под влиянием лечения клиническое состояние больных улучшилось, нормализовались показатели в СРБ, лейкоциты, СОЭ, отмечена благоприятная тенденция данных МРТ, рентгеноденситометрии. Интенсивность боли по ВАШ через 5-7 дней у 26 больных (76,3%) снизилась до $25,9 \pm 4$ мм и у 9 до $29,4 \pm 5$ мм. У 32 обследованных восстановился объем движений и купировались явления корешкового синдрома, отметившие значительное улучшение состояния, а положительная динамика выявлена у всех пациентов. Установлено, что в основе патогенеза ОА лежат нарушение нормального обмена хрящевой ткани и увеличение синтеза провоспалительных цитокинов. В настоящее время выделены определенные фенотипы ОА, что позволяет использовать персонализированные подходы к терапии. Обезболивающая терапия, особенно направленная на формирующиеся патологические механизмы центральной сенситизации, в ближайшем будущем станет приоритетной. Терапия, направленная на сдерживание прогрессирования ОА, остается актуальной задачей. Применение комплекса диклофенак натрия+SYSADOA способствовало быстрому купированию болевого синдрома, улучшению состояния больных, исчезновению симптомов натяжения, ускорению восстановления двигательной активности. Оценка результатов лечения, по мнению врачей и пациентов, совпала в 33 случаях. прогрессирующая потеря структурных единиц суставного хряща при ОА развивается вследствие дисбаланса анаболических и катаболических процессов в хрящевой ткани. Поэтому одной из целей реабилитации при ОА, в дополнение к восстановлению функции сустава является метаболическая коррекция гомеостаза хрящевой ткани через подходящую диету, в том числе, после операции. Благоприятный клинический эффект достигался благодаря мощному противовоспалительному и анальгетическому действию НПВП и многогранным свойствам SYSADOA, в состав которого входят глюкозамина гидрохлорид, хондроитина сульфат, кальций, магний, витамины С, D и К, цинк, медь, бор, и марганец. По-видимому, эти природные соединения стимулируют иммунитет и синтез коллагена, участвуют в процессах энергообразования, синтезе костей и соединительной ткани, восстанавливают поврежденные клетки соединитель-

ной ткани, повышают их эластичность, улучшают кровоснабжение суставов и тканей, стимулируют иммунитет. При этом анальгетический эффект также сохранялся в течение нескольких месяцев по окончании терапии.

Выводы. Результаты исследований продемонстрировали, что комплекс НПВП+SYSADOA обладает выраженным и стойким анальгетическим и хондропротективным эффектами, отличается хорошей переносимостью. На фоне применения этого комплекса у больных ОА и спондилоартрозом уменьшается выраженность болевого синдрома и улучшается функциональное состояние суставов. Применение комплекса НПВП+SYSADOA у больных с ОА и спондилоартрозом оказало выраженный клинический эффект, что позволяет рекомендовать его в лечении этой категории пациентов.

РАННИЙ ОСТЕОАРТРИТ И КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Абдураззакова Д.С., Алиева К.К., Матчанов С.Х.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение структуры коморбидных состояний у больных ранним остеоартритом (ОА).

Материал и методы исследования. Проведен анализ коморбидных заболеваний у больных ранним ОА по данным Республиканского артрологического центра специализированного курса амбулаторного лечения (СКАЛ). Были обследованы 45 больных ранним ОА в возрасте $43,6 \pm 5,7$ лет с продолжительностью заболевания до одного года, в среднем $8,6 \pm 2,4$ месяцев. Наиболее часто ранний остеоартрит встречался у больных с повышенным индексом массы тела – 64,4% случаев. У 28,8% больных с ранним ОА встречалась гипертоническая болезнь, у 13,3% больных – ИБС, у 8,8% больных – сахарный диабет. У 15,3% больных ранним ОА встречалось 2 или 3 коморбидных состояний одновременно.

Результаты и обсуждения. Ассоциация раннего ОА и коморбидности требуют индивидуального подхода в лечении суставных больных с коррекцией общей терапии. Полиморбидный нелеченый болевой синдром при раннем ОА, особенно при сопутствующих жизнеугрожающих заболеваниях, таких как гипертоническая болезнь, ИБС, сахарный диабет и др., не только снижает качество жизни больного, но и приводит к уменьшению продолжительности жизни.

Выводы. Таким образом, многообразие форм и высокая частота сопутствующей патологии у больных ранним ОА диктуют необходимость учитывать их при выборе тактики лечения суставов.

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ СНА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

Абзалова М.Б., Якубова М.М.,
Нишонова Ю.У., Шокиров Ш.Ш.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Введение. Инсульт является второй по частоте причиной смерти и лидирующей причиной инвалидизации пациентов в мире, при этом на долю ишемических инсультов приходится до 75-80% от общего числа случаев в структуре заболевания. Расстройства сна – это группа заболеваний, связанных с нарушением качества или структуры сна. К ним относится инсомния (бессонница) – трудности засыпания и/или поддержания сна. По уровню своей распространенности многими исследователями инсомния рассматривается как болезнь социальной значимости, ее распространенность в популяции оценивается в 9-15%.

Цель исследования. Изучить клиничко-неврологические и патоморфологические особенности качества и структуры расстройства сна у больных с ишемическим инсультом в раннем восстановительном периоде.

Материалы и методы исследования. Нами были обследованы 30 больных с ишемическим инсультом различного генеза в отделениях неврологии и интенсивной неврологии Ташкентской медицинской академии в течении 2023 г. Основную группу составили пациенты с полушарным инсультом в остром периоде (n=17), а в контрольную группу вошли пациенты с полушарным инсультом в восстановительном периоде (n=13). Среди больных лиц мужского пола было 16 (53,33%) больных, женского пола – 14 (46,66%). Средний возраст больных составил 63,26±1,97 лет. Всем больным проводилось общие клинические исследования. Всем больным проводилось углубленное клиничко-неврологическое обследование, диагноз подтвержден результатами МРТ, МСКТ головного мозга. С целью выявления продолжительности и время сна в рабочие и выходные дни, определение выраженности социального джет-лага была использована Мюнхенская шкала оценки хронотипа (MCTQ) и Питтсбургский опросник (PSQI) – для оценивания качества сна и она включает симптомы основных расстройств сна за последний месяц.

Результаты и обсуждение исследования. По результатам Мюнхенской шкалы оценки хронотипа было выявлено, что распределение времени отхода ко сну в будние дни у большего количества пациентов было 22:00 и самое позднее время в 01:00. Необходимое засыпание у мужчин составляет в будние дни 15 минут, а в выходные – 30 минут, коогда как у женщин в будние дни 30 минут, в выходные – 45-50 минут. По шкале PSQI в остром периоде самый часто выявляемый симптом у женщин было подергивание ногами, а среди мужчин

храп или кашель. В раннем восстановительном периоде женщины чаще просыпались ночью по 2-3 раза, а мужчин больше всего беспокоил храп и кашель.

Выводы. Пациенты как в остром так и в раннем восстановительном периодах ишемического инсульта характеризуются низким качеством сна, однако при раннем восстановительном периоде это протекало тяжелее. А так же в остром периоде женщин больше беспокоили такие симптомы как: подергивание ног и пробуждение от сна, когда как у мужчин и в остром и в раннем восстановительном периодах наблюдалось храп или кашель.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ СЕРОНЕГАТИВНОЙ ЦЕЛИАКИИ У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА

Абрамова А.Н., Козлова Н.М.,
Убушеева Р.Г., Булгатова Л.А.
Факультетские клиники ИГМУ,
г. Иркутск

Актуальность. Целиакия – это иммуноопосредованное системное расстройство, вызываемое глютеном у лиц с генетической предрасположенностью. Целиакию характеризует наличие широкого спектра клинических проявлений – как гастроэнтерологических, так и внекишечных, что усложняет диагностику. В связи с этим целиакия часто остается недиагностированной.

Цель исследования. Изучение клинического случая серонегативной целиакии (СНЦ) у взрослого пациента. Представление клинического случая серонегативной целиакии.

Материалы и методы. Клинический случай основан на проспективном наблюдении за пациенткой, пролеченной в терапевтическом отделении стационара г. Иркутска.

Результаты и обсуждение. Пациентка 47 лет, поступила с жалобами на слабость в нижних конечностях, отсутствие аппетита, за последние 6 месяцев: жидкий стул до 3 раз в день, снижение веса на 30 кг, периодически рвота.

Считает себя больной с марта 2023 г., когда впервые стала отмечать снижение массы тела на 6 кг, после этого появился стул водянистого характера без патологических примесей до 10 раз в день. Еще через 10 дней появилась рвота.

Объективно: Рост: 164 см.; Вес: 40.6 кг.; ИМТ=14.9 кг/м². Общее состояние: тяжелое. Сознание: ясное. Положение: активное. Кожные покровы обычного цвета, сухие. Периферических отеков нет. При перкуссии легких: звук легочный. Аускультативно в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС (в минуту): 76. АД 80/60 мм рт. ст. Язык при

осмотре: влажный, чистый. Живот при осмотре: обычной формы и величины. Пальпация органов брюшной полости безболезненна. Печень при перкуссии не увеличена. Селезенка перкуторно не увеличена.

Лабораторные исследования. В общем клиническом анализе крови: анемия легкой степени тяжести. При биохимическом исследовании крови выявлены: гипопроотеинемия, гипоальбуминемия, гипонатриемия, гипокалиемия, дефицит фолиевой кислоты, сывороточного железа, витамина Д. Анализ крови на АТ к гелиминтам: отрицательный. Копрограмма: большое количество переваренной клетчатки, слизи.

Определены АТ к глиадину IgA: результат 21.1 МЕ/мл (отрицательно). Определены АТ к тканевой трансглутаминазе, IgA: результат 0.3 RU/ml (отрицательно).

Проведено типирование генов HLA DQ2/DQ8 при целиакии. Выявлен гаплотип риска целиакии: HLA-DQ2.5, включающий аллельные гены DQA1*05:01 и DQB1*02.

Данное исследование не позволяет подтвердить целиакию. У 30% здорового населения обнаруживаются данные гаплотипы, что не позволяет использовать данный метод как скрининговый и не является основанием для постановки диагноза. Для подтверждения диагноза данное исследование должно оцениваться совместно с результатами серологических, а также эндоскопических и клинических исследований.

Эзофагогастродуоденоскопия. Заключение: Недостаточность кардии без эзофагита. Поверхностный распространенный незначительно выраженный гастрит. Дуоденит.

Гистологическое исследование материала. Микроскопическое описание: Биоптаты слизистой ДПК с явлениями интраэпителиального лимфоцитоза, укорочением ворсинок, уплощением энтероцитов, гиперплазией крипт. В собственной пластинке плотная смешанная инфильтрация с преобладанием малых лимфоцитов. Заключение: Подобная микроскопическая картина возможна при целиакии. Проведено иммуноморфологическое исследование для количественной оценки интраэпителиального лимфоцитоза: в биоптатах слизистой ДПК до 50 Т-лимфоцитов (CD3+, CD7+) на 100 энтероцитов.

Проведен врачебный консилиум, диагноз и рекомендации согласованы. Заключительный клинический диагноз: Основное заболевание: Целиакия серонегативная, симптомная (типичная) форма, период манифестации. Осложнения основного заболевания: Синдром мальабсорбции тяжелой степени тяжести. Тяжелая степень недостаточности питания: индекс нарушения питания по Vuzby G.P. Выраженный дефицит массы тела (ИМТ14.9).

Пациентка получала аглютенное питание весь период наблюдения и обследования. На фоне лечения было достигнуто улучшение общего состояния, регресс типичных симптомов целиакии.

Выводы. Отрицательные результаты серологического исследования не опровергают диагноза Целиакии. СНЦ по различным данным встречается у 6,4-9,1% от общего числа пациентов с целиакией. Диагностическими критериями для постановки диагноза СНЦ являются данные об атрофии ворсинок, интраэпителиальная лимфоцитарная инфильтрация, отрицательный результат антител к тканевой трансглутаминазе, нормальный уровень общего IgA и положительные генетические маркеры (HLA-DQ2 и/или -DQ8). Кроме того, для подтверждения диагноза необходимо продемонстрировать улучшение гистологии и клинических симптомов после периода соблюдения аглютенной диеты продолжительностью 12-24 месяца.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ЛИЦ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Аверкиева Ю.В., Летаева М.В., Малышенко О.С.,
Королева М.В., Раскина Т.А.
Кемеровский медицинский университет,
г. Кемерово

Цель. Изучить частоту встречаемости остеопоротических переломов дистального отдела предплечья у лиц старшей возрастной группы.

Материал и методы. Распространенность остеопоротических переломов дистального отдела предплечья оценивали по обращаемости пациентов в возрасте 50 лет и старше в травматологические центры г. Кемерово. Зарегистрировано 446 переломов. Среди женщин переломы этой локализации встречались в 89,01% случаев (397 человек), среди мужчин – в 10,99% случаев (49 человек) ($p < 0,0001$).

Результаты. Частота переломов дистального отдела предплечья по данным обращения составила 286,75/100 000 населения в возрасте 50 лет и старше для обоих полов: у мужчин – 84,62/100 000, у женщин – 406,6/100 000 населения. Анализ показал, что наибольшая частота переломов дистального отдела предплечья у женщин зарегистрирована в возрасте 80 лет и старше и составила 680,6/100 000 человек/лет, наименьшее количество переломов отмечено в возрасте 50-54 лет: 94,7/100 000 человек/год. лет ($p < 0,05$). В возрастной группе 55-59 лет выявлена статистически значимая тенденция к увеличению числа переломов: 347,3/100 000 ($p < 0,01$). Установлено, что у женщин в возрасте 60 лет и старше статистически значимых различий между возрастными группами получено не было ($p > 0,05$). У мужчин наибольшее количество переломов дистального отдела предплечья зарегистрировано в возрастных группах 70-74 года, 80 лет и старше: 234,1/100 000 и

278,7/100 000 человек/лет соответственно, наименьшее количество переломов приходится на возрастные группы 50-54 года и составила 17,2/100 000 чел/лет ($p < 0,05$). Начиная с возраста 55-59 лет отмечено статистически значимое увеличение числа переломов у мужчин: 79,3/100 000 чел/год ($p < 0,05$).

Выводы. Установлено, что у женщин частота переломов дистального отдела предплечья статистически значимо выше, чем у мужчин. Наибольшая частота переломов зафиксирована в возрасте 80 лет и старше у лиц обоего пола.

ВНЕШНИЕ СХОДСТВА И РАЗЛИЧИЯ КОКСИТА ПРИ СПОНДИЛОАРТРИТАХ – ЭТО ЛИШЬ ВИДИМОСТЬ?

Агафонова Е.М., Дубинина Т.В., Дёмина А.Б.,
Губарь Е.Е., Логинова Е.Ю., Сахарова К.В.,
Саблина А.О., Андриянова И.А., Воробьева Л.Д.,
Тремаскина П.О., Эрдес Ш.Ф., Коротаева Т.В.
Научно-исследовательский институт ревматологии
им. В.А. Насоновой,
Москва

Введение. В последние годы активно изучается аксиальная форма ПсА (аксПсА). Вопрос о том, можно ли рассматривать аксПсА как часть аксиального спондилоартрита (аксСпА) или как отдельное заболевание, является предметом споров в последние несколько лет, поскольку между этими двумя заболеваниями описано много сходств и различий. Поражение тазобедренных суставов (ТБС) – коксит, является одним из наиболее частых внеаксиальных проявлений аксСпА в России. По данным исследований проведенных в РФ основным фактором, приводящим к инвалидизации пациентов с аксСпА является коксит.

Цель. На основании комплексного клинико-инструментального исследования изучить особенности течения коксита у пациентов с аксСпА и аксПсА.

Материалы и методы. Были проанализированы 45 пациентов с аксСпА (ASAS критерии 2009) и 53 аксПсА. Медиана длительности заболевания составляла 30 [3-108] мес., BASDAI 3,6 [1,2; 5,3], BASFI 1,1 [0,1; 4,5]. Всем пациентам проводилось клиническое и рентгенологическое исследование ТБС.

Результаты. Среди пациентов рентгенологический коксит был выявлен у 14 (31%) с аксСпА и 17 (24%) с аксПсА. Все пациенты с кокситом были разделены на две группы. Был проведен сравнительный анализ группы 1 (аксСпА) ($n=14$) и 2-й группы (аксПсА) ($n=17$). Были выявлены следующие особенности. Пациенты с аксПсА имели выше активность заболевания, оцениваемую по индексу BASDAI 5,6 [4,0; 6,8] и 2,6 [1,8; 4,1] ($p < 0,05^*$) и ASDAS СРБ 2,5 [2,1; 2,9] и 1,5 [1,1; 1,9]

($p < 0,05^*$) соответственно. Лабораторные показатели СОЭ также были достоверно выше у пациентов с аксПсА и составляли – 20 [5; 33] и 12,5 [7; 23,3] ($p < 0,05^*$). HLA В 27 достоверно встречалось чаще у пациентов с аксСпА ($p=0,003^*$). По данным анализа рентгенологических изменений в ТБС у пациентов с аксСпА коксит носил двусторонний, а у пациентов аксПсА чаще односторонний характер.

Выводы. Выявлены характерные особенности, позволяющие дифференцировать коксит при аксПсА от аксСпА в случае соответствия критериям двух диагнозов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПРИ КОИНФЕКЦИИ ВИЧ И ГЕПАТИТ «С» В ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ФСИН

Аксёнова К.И.¹, Боровицкий В.С.²

¹Российский университет медицины,
Москва,

²МСЧ №43 Федеральной службы
исполнения наказаний,
филиал «Туберкулезной больницы»,
г. Киров

Цель исследования. Выявление эффективности лечения у больных туберкулезом при коинфекции ВИЧ+гепатит «С».

Материалы и методы. Ретроспективное по типу серии случаев, одноцентровое сплошное наблюдение всех ($n=169$) больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией и гепатитом «С» мужского пола с 1999 по 2017 годы в лечебном учреждении ФСИН, в возрасте от 19 до 56, с медианой 31 (28-36) лет, (далее: Me (25-75%). Длительность ВИЧ-инфекции с момента обнаружения – 5 (2-8) лет, судимость 3-я (2-4), с общим временем пребывания в местах лишения свободы 6 (2-10) лет, уровень CD4+лимфоцитов 239 (125-457) кл/мкл. Для анализа эффективности лечения использовался метод Каплана-Мейера (или метод множительных оценок). Интересующим нас событием является результат лечения пациента в стационаре: эффективный результат – прекращение бактериовыделения по микроскопии (при наличии), посеву (при наличии) и закрытие полостей распада в легких (при наличии). Неэффективный результат лечения – противоположный итог. Отправное время отчитывалось с момента госпитализации в стационар.

Результаты. Медиана времени прекращения бактериовыделения по результатам микроскопии составила 3 месяца (95% ДИ: 2-25) ($n=52$), прекращения бактериовыделения по результатам посева – 3 месяца

(95% ДИ: 2-25) (n=76), закрытия полостей распада – 4 месяца (95% ДИ: 3-27) (n=53).

Заключение. При туберкулезе с коинфекцией ВИЧ+гепатит «С», находящихся в лечебном учреждении ФСИН медиана времени прекращения бактериовыделения по микроскопии и посеву мокроты совпадает и составляет 3 месяца, закрытия полостей распада – 4 месяца.

КАРБОКСИПЕПТИДАЗА А3 В СТРУКТУРЕ ПРОТЕАЗНОГО ПРОФИЛЯ ТУЧНЫХ КЛЕТОК ПРИ COVID-19

Алексеева Н.Г., Овсянников Е.С., Савушкина И.А.
Воронежский государственный медицинский
университет им. Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Цель исследования. Определить участие СРА3 (карбоксипептидаза А3) тучных клеток в развитии поражения легких у пациентов с COVID-19.

Материалы и методы. В исследование включены образцы аутопсийного материала легких, полученные от пациентов, умерших от COVID-19 тяжелого течения (n=30: 13 (43%) – мужчин, 17 (57%) – женщин; средний возраст – 61,1±11,9 лет), и лиц, умерших от внешних причин (n=9:4 (44%) – мужчин, 5 (56%) – женщин; средний возраст – 60,9±10,1 года), с последующей подготовкой гистологических препаратов, анализом дегрануляционной активности СРА3-позитивных тучных клеток (ТК). Также проводился корреляционный анализ протеазного профиля и клинико-лабораторных показателей.

Результаты и обсуждения. У пациентов с COVID-19 общее количество СРА3-позитивных ТК, СРА3-позитивных ТК с признаками дегрануляции и совместно прилежащих ТК, было статистически значимо выше по сравнению с группой контроля (p=0,01; p=0,001; p=0,0001). Установлены: положительные корреляционные связи между общим количеством СРА3, дегранулирующими СРА3 и совместно прилежащих ТК с общим белком (p=0,020; p=0,015; p=0,013), СРА3 с признаками дегрануляции и общим количеством СРА3 с уровнем АЧТВ (p=0,045; p=0,045); отрицательная корреляционная связь: между совместно прилежащих СРА3 с эозинофилами в крови (p=0,023). Эти изменения могут быть связаны, с тем, что СРА3 имеет потенциальное значение для развития легочного фиброза, хронической обструктивной болезни легких, бронхиальной астме, так как регулирует сокращение гладкой мускулатуры, регулирует тонус кровеносных сосудов и сосудистый кровоток посредством протеолитической модификации, например, эндотелина-1, ангиотензина I, аполипопротеина В и нейротензина, также SARS-

CoV-2 инфекция значительно влияет на структурный мембранный гомеостаз эритроцитов на уровнях белка и липидов. В эритроцитах пациентов с COVID-19 были повышены уровни промежуточных продуктов гликолиза, что сопровождается окислением и фрагментацией мембранных белков. Цитокиновый шторм, который наблюдается при COVID-19 играет фундаментальную роль в развитии осложнений, связанных с COVID-19, таких как острый респираторный дистресс-синдром, который является основной причиной смерти у пациентов, инфицированных SARS-CoV-2.

Выводы. Проанализировав различия между группами с помощью корреляционного анализа протеазного профиля, было выявлено: отрицательные и положительные корреляционные связи между СРА3-позитивными ТК и уровнем эозинофилов, общим белком, а также АЧТВ. Обнаружено статистически значимое повышенное общее количество СРА3-позитивных ТК, СРА3-позитивных ТК с признаками дегрануляции и совместно прилежащих ТК в основной группе по сравнению с группой контроля. Рассматривается потенциальное участие СРА3 в развитии поражения легких при COVID-19, а именно в изменении гематологических параметров и показателей свертываемости крови, легочном фиброзе, хронической обструктивной болезни легких, бронхиальной астме, органной недостаточности, наблюдаемых при COVID-19.

ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ

Алексеева Н.Г., Овсянников Е.С., Савушкина И.А.
Воронежский государственный медицинский
университет им. Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Цель исследования. Оценить качество жизни у пациентов кардиологического отделения, принимающих антикоагулянты (ривароксабан и варфарин).

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе БСМП №1 г. Воронеж. Был произведен опрос 100 больных кардиологического отделения, 50 из которых – пациенты, принимающие варфарин и 50 – ривароксабан. Для исследования были взяты больные возрастом от 50 до 70 лет (средний возраст 58,9±8,86 лет). Среди 1-й группы (принимающие варфарин) средний возраст составил 58,2±8,1 лет, во 2-й группе (принимающие ривароксабан) – 59,6±8,98 лет. Эти группы однородны по диагнозу (ИБС: Аритмический вариант. Персистирующая форма фибрилляции предсердий. ХСН IIА); по социально-демографическому признаку (процент работающих пациентов в первой группе 67%, во второй 71%); по дозировке принимаемых препаратов на момент проведения опроса (варфарин 2,5 мг,

ривароксабан 20 мг). Для определения качества жизни использовался краткий опросник качества жизни ВОЗ. Статистическая обработка данных была произведена при помощи непараметрической статистики (Критерий U-Манна-Уитни), программы Microsoft Excel 2010.

Результаты и обсуждения. При оценке качества жизни пациентов кардиологического отделения с помощью краткого опросника качества жизни ВОЗ были получены следующие результаты: 1) физическое и материальное благополучие в 1-й группе пациентов (22,6 (20,65; 24,95)) и во 2-й группе (28,3 (25,2; 31,8)) – U-критерий значим, т.к $P < 0,05$; 2) самовосприятие в 1-й группе пациентов (19,5 (16,9; 21,62)) и во 2-й группе (19,5 (16,9; 21,62)) – U-критерий не значим, т.к $P > 0,05$; 3) микросоциальная поддержка в 1-й группе пациентов (9,9 (7,3; 11,54)) и во 2-й группе (9,9 (7,3; 11,54)) – U-критерий не значим, т.к $P > 0,05$; 4) социальное благополучие в 1-й группе пациентов (21,8 (19,7; 24,96)) и во 2-й группе (26,1 (23,81; 29,23)) – U-критерий значим, т.к $P < 0,05$.

Выводы. Проанализировав различия между группами, с помощью Критерия U-Манна-Уитни, было выявлено: различия уровня признака в сравниваемых группах статистически значимы по шкалам физическое и материальное благополучие, социальное благополучие ($p < 0,05$) и статистически не значимы по шкалам самовосприятие и микросоциальная поддержка ($p > 0,05$). Это утверждает то, что пациенты, принимающие варфарин, оценивают свое физическое и социальное благополучие гораздо ниже, чем пациенты, принимающие ривароксабан, мы связываем данный факт с тем, что 1-й группе пациентов в связи с приемом варфарина требуется более тщательное наблюдение и постоянный контроль в поликлинике. Не смотря на более высокую цену ривароксабана, пациенты отдают предпочтение данному препарату, в связи с удобством применения и контролем дозировки.

ИССЛЕДОВАНИЕ КАРБОКСИПЕПТИДАЗЫ А3 В ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЯХ КРОВИ, ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

Алексеева Н.Г., Овсянников Е.С., Савушкина И.А.
Воронежский государственный медицинский
университет им. Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Цель исследования. Определить участие СРАЗ (карбоксипептидаза А3) тучных клеток в патогенезе COVID-19.

Материалы и методы. В исследование были включены пациенты, умершие от COVID-19 ($n=30$: 13 (43%) – мужчин, 17 (57%) – женщин; средний возраст

– $61,1 \pm 11,9$ лет) с установленным диагнозом COVID-19 тяжелого и крайне тяжелого течения, подтвержденным методом полимеразной цепной реакции, с развитием двусторонней вирусной внебольничной пневмонии, острым респираторным дистресс-синдромом (ОРДС), которые проходили лечение в БУЗ ВО «ВГКБСМП №1», БУЗ ВО «ВОКБ № 1» в отделениях COVID-19 в период с сентября 2021г. по март 2022г. и умерших в результате COVID-19. Забор аутопсийного материала легких в этом случае осуществлялся в БУЗ ВО «Воронежское областное бюро СМЭ». Затем провели количественное исследование СРАЗ-позитивных тучных клеток (ТК), а также степень их дегрануляции. Статистический анализ проводился с помощью программы Statgraphics Centurion XV. Нормальность распределения данных оценивалась с помощью нормализованных коэффициентов эксцесса и асимметрии, а также критерия Шапиро-Уилка. При несоответствии критериям нормальности распределения оценивалось с помощью критерия Манна – Уитни. Корреляционный анализ проводился в зависимости от соответствия параметрического распределения с использованием коэффициента корреляции Спирмена и Пирсона. Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения. У пациентов, умерших в результате от COVID-19 общее количество СРАЗ-позитивных ТК, СРАЗ-позитивных ТК с признаками дегрануляции и совместно прилежащих СРАЗ-позитивных ТК, было статистически значимо выше по сравнению с группой контроля ($p=0,01$; $p=0,001$; $p=0,0001$). Это говорит об участии СРАЗ ТК в патогенезе COVID-19. Установлены: положительные корреляционные связи между общим количеством СРАЗ-позитивными ТК и дегранулирующими СРАЗ-позитивными ТК с содержанием гемоглобина крови ($p=0,008$; $p=0,004$), СРАЗ-позитивными ТК с признаками дегрануляции и общим количеством СРАЗ-позитивными ТК с уровнем АЧТВ ($p=0,021$; $p=0,045$). COVID-19, как опасное для жизни инфекционное заболевание, вызывает повреждение эндотелия, активацию свертывания и внутрисосудистое отложение фибрина, у пациентов наблюдается тромбоцитопения, повышенный уровень D-димера и увеличенное АЧТВ, что позволяет предположить, что смерть пациентов с COVID-19 может быть связана с ДВС-синдромом, также у пациентов с COVID-19 эритроциты в крови, могут быть неспособны реагировать на изменения насыщения кислородом гемоглобина при попадании из легких в кровяные течения и могут иметь сниженную способность транспортировать и доставлять кислород.

Отрицательные корреляционные связи: между общим количеством СРАЗ-позитивными ТК и уровнем МНО ($p=0,050$), отдельно лежащих СРАЗ-позитивными ТК с количеством моноцитов ($p=0,044$), эти изменения могут быть связаны, с тем, что инфицированные SARS-CoV-2 моноциты, макрофаги и ТК могут вырабатывать большое количество многочисленных типов провоспалительных цитокинов и хемокинов, которые способствуют

ют локальному воспалению тканей и опасной системной воспалительной реакции, называемой цитокиновым штормом, также подмножества ТК, содержащие СРАЗ, вовлечены в основные заболевания дыхательных путей, такие как бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких и легочный фиброз.

Выводы. Активация и дегрануляция СРАЗ ТК в легких пациентов, умерших от COVID-19 тяжелой степени тяжести, коррелирует с уровнем моноцитов, гемоглобином, МНО, а также АЧТВ, приводит к изменению гематологических параметров и показателей свертываемости крови, участвует в воспалении, легочном фиброзе, бронхиальной астме, хронической обструктивной болезни легких, развитии органной недостаточности, наблюдаемых при COVID-19. Повышенные уровни СРАЗ ТК были выявлены при тяжелой форме COVID-19, что потенциально может способствовать их пагубной роли в патогенезе заболевания за счет увеличения проницаемости сосудов и содействием в прогрессировании ОРДС и цитокинового шторма путем повышения уровней медиаторов воспаления. Исследование карбоксипептидазы АЗ в лабораторных показателях крови, может в дальнейшем иметь существенное значение в оказании специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи больным с COVID-19.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ СУСТАВНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ТОФУСНОЙ ПОДАГРОЙ

Алиева К.К., Ахмедова Н.А., Абдуразакова Д.С.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель и задачи. Инфильтрация суставных тканей уратами сопровождается рецидивирующим, хроническим воспалительным процессом в тканях, окружающим сустав, с развитием хронического тофусного артрита. Оценить ультразвуковые и рентгенологические параметры при исследовании пораженных суставов у больных подагрой.

Материалы и методы. Обследовано 34 больных с подагрой, обратившихся с обострением в Артрологический СКАЛ (Специализированное Курсовое Амбулаторное Лечение), (средний возраст $51,52 \pm 12,6$ лет). Преобладали мужчины (94%). Средняя продолжительность заболевания – $4,2 \pm 1,27$ года. Число пораженных суставов на момент осмотра в среднем составило 3 (1 до 6). Интерметтирующее течение у (59%), хроническое течение у (41%) больных. Уровень мочевого кислоты в крови – $401,27 \pm 68,06$ ммоль/л. Подкожные тофусы выявлены у 41% больных. Всем проводилось рентге-

нографическое и ультразвуковые исследования (УЗИ) пораженных суставов.

Результаты и их обсуждения. Поражение голеностопных суставов выявлялось у 16 больных (47%), первого плюсне-фалангового сустава стопы у 11 (32%), коленных 6 (18%), других суставов 1 (3%). Выраженность болевого синдрома по ВАШ составила $64,5 \pm 12,34$ мм. При R-исследовании суставов выявлялся остеоартроз II стадии (60%), у 18% пациентов симптом «пробойника», длительность подагры была более 7 лет. По УЗИ голеностопных суставов синовит выявлялся у 80%, преимущественно поражалась подахилловая сумка; тендинит – у 73% чаще в (ахилловом сухожилии, разгибателей пальцев, длинного разгибателя большого пальца, задней большеберцовой мышцы), причем в 20% отмечался теносиновит. При поражении коленных суставов киста Бейкера обнаружена у 4 пациентов (12%), синовит надколенниковой сумки – у 62%.

Выводы и заключение. УЗИ пораженных суставов позволяет уточнить характер поражения периартикулярных тканей и дополняет данные рентгенологического исследования у больных подагрой.

АМБУЛАТОРНЫЙ ПРОФИЛЬ ГЛЮКОЗЫ У ЛИЦ С ПРЕДИАБЕТОМ ПО ДАННЫМ НЕПРЕРЫВНОГО ФЛЕШ-МОНИТОРИНГА

Анмут В.М.
Новосибирский государственный
медицинский университет,
г. Новосибирск

Цель исследования. Оценить показатели амбулаторного профиля глюкозы у пациентов с нарушенной гликемией натощак по данным флеш-мониторинг глюкозы с использованием системы FreeStyle Libre.

Материалы и методы. Обследовано 20 человек с избыточной массой тела и ожирением (13 мужчин и 7 женщин) 42-67 лет, у которых впервые на профилактическом медицинском осмотре выявлена нарушенная гликемия натощак. Исследованы стандартные антропометрические и клинические параметры. Определена повторно глюкоза венозной плазмы натощак и гликированный гемоглобин (HbA1c). Затем всем пациентам в течение 14 дней в обычных повседневных условиях проведен непрерывный флеш-мониторинг глюкозы с использованием системы FreeStyle Libre. Количественные данные представлены в виде медианы (Me) и межквартильного диапазона [25;75] (Statistica 13.3).

Результаты и обсуждение. Возраст обследованных пациентов составил 56 [48; 62] лет, индекс массы тела – $29,3$ [27,1; 31,5] $\text{кг}/\text{м}^2$, систолическое АД – 144 [135; 160] мм рт. ст., диастолическое АД – 95 [85; 104]

мм рт. ст. Уровень глюкозы венозной плазмы натощак – 5,99 [5,76; 6,48] ммоль/л, HbA1c – 5,7 [5,5; 6,07] %. По данным 14-дневного амбулаторного глюкозного профиля, средний уровень глюкозы составил 5,6 [5,3; 6,0] ммоль/л, показатель контроля уровня глюкозы (GMI) – 5,7 [5,6; 5,9] %. Определено время в диапазонах: в целевом диапазоне (3,9-10,0 ммоль/л) проведено 96 [91; 99] %, в очень высоком (более 13,9 ммоль/л) – 0 [0; 0]%, в высоком (10,0-13,9 ммоль/л) – 0 [0; 1]%, в низком (3,0-3,8 ммоль/л) – 1 [0; 8]%, в очень низком (менее 3 ммоль/л) – 0 [0; 1]%. Вариабельность глюкозы, рассчитанная по коэффициенту вариации CV, составила 19,0 [15,6; 20,1] %. Полученные результаты свидетельствуют о том, что колебания концентрации глюкозы у обследованных пациентов с нарушенной гликемией натощак в физиологических условиях находятся в диапазоне, рекомендованном в качестве целевого при лечении пациентов с сахарным диабетом. Уровень глюкозы в течение изучаемого периода характеризовался низкой вариабельностью, высокой стабильностью и минимальной экспозицией гипергликемии.

Выводы. У обследованных пациентов с диабетом (нарушенная гликемия натощак) по данным флэш-мониторинга не выявлено отклонений уровня глюкозы от рекомендованного при лечении диабета целевого диапазона. Для понимания формирования нарушенных суточных паттернов глюкозы, необходимы дальнейшие исследования амбулаторного профиля глюкозы у лиц с различными вариантами нарушенной толерантности к углеводам.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Анненкова А.В., Семьнина Е.В.,
Токмачев Р.Е., Токмачев Е.В.

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

Цель исследования. Оценить влияние физической реабилитации на клиническое течение, лабораторные и инструментальные показатели у пациентов с коморбидным течением хронической сердечной недостаточности и хронической обструктивной болезнью легких с различной фракцией выброса. Изучить клинико-патогенетическую взаимосвязь коморбидных заболеваний ХОБЛ и ХСН.

Материалы и методы. В исследование были включены 80 пациентов с коморбидно протекающим течением ХСН и ХОБЛ (из них 48 мужчин (60,0%) и 32 женщины (40,0%), средний возраст – 67,5±5,9 лет.) По значению фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) пациенты были разделены на две группы. Далее две группы пациентов были разделены на две подгруппы в зависимости от наличия или отсутствия физической нагрузки. В момент включения и через 12 месяцев было проведено определение толерантности к физической нагрузке с помощью запатентованного кардиореспираторного комплекса дополнительное лабораторное и инструментальное исследование. Статистический анализ проведен с помощью пакета программ Statistica 10.

Результаты и обсуждение. Повторное обследование через 12 месяцев в подгруппах, проходивших физическую реабилитацию, выявило статистически значимое ($p \leq 0,05$) снижение уровня N-концевого фрагмента натрийуретического пептида (NT-proBNP), высокочувствительного С-реактивного белка (hs-CRP), интерлейкина-1 β (ИЛ1 β), интерлейкин-6 (ИЛ6), фактора некроза опухоли – альфа (ФНО - альфа). Произошло увеличение толерантности к физической нагрузке, оцениваемое с помощью теста 6-минутной ходьбы (ТШХ). Сочетание ХОБЛ и ХСН амплифицирует системное воспаление и процессы ремоделирования миокарда, определяемые по уровню высокочувствительного С-реактивного белка, провоспалительных цитокинов и NT-proBNP. Установлено негативное влияние ХОБЛ на функциональный статус больных ХСН с различной фракцией выброса, что проявляется более низкими значениями ТШХ и отношением 6MWD/6MWD(i).

Вывод. Проведение физической реабилитации у больных с коморбидным течением ХОБЛ и ХСН, сопровождается значительным улучшением гемодинамических показателей во время проведения нагрузочных тестов (ТШХ), снижению уровня провоспалительных цитокинов, высокочувствительного С-реактивного белка, NT-proBNP. Ключевые слова: Хроническая сердечная недостаточность; хроническая обструктивная болезнь легких; цитокиновый профиль; функциональный статус.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Ансарова А.А.

Волгоградский государственный
медицинский университет,
г. Волгоград

Цель. Анализ частоты заболеваний пищеварительной системы у пациентов с ревматоидным артритом

(РА), а также влияния противовоспалительной терапии на развитие патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 265 больных с достоверным диагнозом РА (критерии ACR/EULAR, 2010), из них 223 женщины и 42 мужчин в возрасте от 26 до 75 лет с продолжительностью заболевания от 5 до 18 лет. Всем пациентам проведено стандартное клинико-лабораторное и инструментальное обследование, по результатам которого проведен анализ спектра заболеваний пищеварительной системы с выявлением болезней-ассоциированных и традиционных факторов риска (ФР) развития патологии пищеварительного тракта с оценкой достоверности различий по критерию χ^2 .

Результаты и обсуждение. У исследуемых пациентов преобладала поздняя клиническая стадия РА, высокая и умеренная активность заболевания по DAS28, серопозитивность по ревматоидному фактору (РФ) и антителам к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП). Поражение органов пищеварения имело место у 128 больных (48,3%) РА и носило преимущественно мультиморбидный характер. Наиболее часто у пациентов наблюдалось поражение ЖКТ в виде гастрита, дуоденита, энтероколита – 40,7%, язвенное поражение желудка и 12-перстной кишки выявлено у 3,1% больных. С одинаковой частотой регистрировались заболевания пищевода – 17,9% и желчного пузыря – 17,9%. На долю гепатитов различного генеза пришлось 7,5% случаев из общего числа больных. Частота заболеваний ЖКТ и печени достоверно преобладала при длительном применении НПВП ($\chi^2 = 88.140$, $p < 0,001$) и глюкокортикоидов ($\chi^2 = 92.586$, $p < 0,001$). Кроме того, у пациентов с РА выявлена ассоциация гастро и/или энтеропатий с высокой и умеренной активностью РА, а также с серопозитивностью по РФ и АЦЦП, длительностью РА, эрозивным артритом, которые достоверно чаще регистрировались при поражении органов пищеварения.

Выводы. Заболевания пищеварительной системы диагностированы у половины наблюдаемых нами больных, преимущественно – с поздней клинической стадией РА. В спектре указанной коморбидности преобладают поражения ЖКТ, которые ассоциированы с долгосрочной терапией НПВП и ГК, а также с высокой активностью серопозитивного РА, длительностью ревматоидного воспаления, наличием эрозивного артрита. Полученные результаты подтверждают тот факт, что в развитии коморбидной патологии пищеварительной системы при РА играют роль болезней-ассоциированные факторы и применение противовоспалительной терапии.

ЗНАЧЕНИЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА В ПРОГНОЗЕ НА ЛЕЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ НЕФРОПАТИЙ

Антонович М.Н.

Белорусский государственный
медицинский университет,
Минск, Беларусь

Актуальность. Лекарственные поражения почек – отражение бурного развития фармации и фармацевтической индустрии. По данным зарубежных авторов, до 34% случаев неолитической острой почечной недостаточности за последние 15 лет связаны с приемом лекарственных средств. Широкая доступность медикаментов послужила причиной бесконтрольного их употребления со стороны населения, когда любое изменение самочувствия корректируется таблеткой «для здоровья» без учета индивидуальной переносимости и, особенно, возможных побочных эффектов.

Цель. Установить наиболее частые этиологические факторы лекарственных нефропатий, а также определить их влияние на дальнейший прогноз при лечении.

Материалы и методы. Работа проводилась на базе кардиологического отделения УЗ «6 ГКБ». Объект исследования – пациенты с установленным диагнозом острого тубулоинтерстициального нефрита (ОТИН), предмет исследования – 79 медицинских карт стационарного пациента за период 2015-2022 гг.: 46 мужчин и 23 женщины, средний возраст которых 38 ± 14 лет. Критериями исключения были: сопутствующие острые пиелонефриты, острые гломерулонефриты, наличие заболеваний почек в анамнезе, сахарный диабет и артериальная гипертензия. Вся выборка разделена на 4 группы в зависимости от этиологического фактора. У каждого пациента исследовались протеинурия (г/сут), наличие микро/макрогематурии, снижение СКФ, подъем артериального давления, а также данные ультразвукового исследования (наличие/отсутствие реномегалии). Для статистической обработки данных использованы параметрический метод Хи-квадрат Пирсона, значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В I группу ($n=18$) вошли пациенты, пролеченные НПВС (ибуклин – 4, диклофенак – 6) или ингибиторами АПФ (фозиноприл – 6, лизиноприл – 2); II группа ($n=28$) – ремдесивиром; III группа ($n=17$) – антибиотиками (фторхинолоны – 8, пенициллины – 4, аминогликозиды – 5); IV группа ($n=16$) – пациенты с алкогольным ОТИН. Среди перечисленных групп наибольшая протеинурия отмечена в IV ($1,28 \pm 0,11$ г/сут), наименьшая – в I группе ($0,26 \pm 0,04$ г/сут). Микрогематурия чаще встречалась в III группе (53% пациентов), макрогематурия – в IV (62,5%), отсутствие гематурии – в I группе (22,2%). Наибольшее снижение СКФ отмечено в IV группе (на 62,5%), наименьшее – во II (на 17,9%). Аналогичная ситуация и с



подъемом артериального давления – в IV группе имело место у 81,3% пациентов, во II группе – у 14,3%. Реномегалия наблюдалась у 100% пациентов IV группы и в 32% и 35% во II и III группах соответственно. Значимость различий между показателями в группах составила $p < 0,05$.

В результате лечения наилучшие показатели наблюдались в I группе (66,6% пациентов – выздоровление, 27,7% – улучшение клинической картины, 5,7% – без изменений после терапии). Промежуточные – во II (60,7% – выздоровление, 28,6% – улучшение, 10,7% – без изменений) и III (41,2% – выздоровление, 47% – улучшение, 11,8% – без изменений) группах. Исходы терапия ОТИН в IV группе оказались наименее благоприятными (выздоровление лишь в 18,8% случаев, без изменений – 56,3%).

Выводы. Частота лекарственных и токсических поражений почек растет и требует настороженности при назначении медикаментозных средств. Основными причинами повреждения являются интенсивная лекарственная терапия противовирусными препаратами, антибиотиками, нестероидными противовоспалительными препаратами и злоупотребление алкоголем, причем именно употребление спиртного соотносится с наиболее тяжелым прогнозом по лечению пациентов с острым тубулоинтерстициальным нефритом.

АНАЛИЗ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ С ФИБРОЗОМ ПЕЧЕНИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Антюх К.Ю., Григоренко Е.А., Митьковская Н.П.
Республиканский научно-практический центр
«Кардиология»,
Минск, Беларусь

Цель исследования. Провести анализ кардио-метаболических факторов риска пациентов с фиброзом печени и артериальной гипертензией (АГ) на фоне неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП).

Материалы и методы. Данная работа представляла собой одномоментное («поперечное») одноцентровое исследование, в котором приняли участие 72 пациента трудоспособного возраста с АГ I-II степени и НАЖБП. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от наличия / отсутствия фиброза печени: 1-я группа – пациенты с АГ, НАЖБП+фиброз печени ($n=34$), средний возраст $47,1 \pm 8,9$ лет и 2-я группа – пациенты с АГ, НАЖБП без фиброза печени ($n=38$), средний возраст $48,6 \pm 8,5$ лет. Всем пациентам выпол-

нены ультразвуковое абдоминальное исследование и эластометрия печени с определением степени фиброза по шкале METAVIR. Проводился клинический осмотр с измерением антропометрических параметров, включая массу тела (кг), рост (м), окружность талии (ОТ) (см), окружность бедер (ОБ) (см), вычисляли отношение ОТ/ОБ, отношение ОТ/рост. Рассчитывали индекс массы тела (ИМТ), индекс висцерального ожирения (VAI), индекс накопления продуктов липидов (LAP). Определяли уровень инсулина с расчетом косвенного показателя инсулинорезистентности – индекс НОМА-IR. Статистический анализ проведен с применением параметрических и непараметрических критериев с помощью пакета статистической программы SPSS 27.0 (IBM, USA). Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. При оценке антропометрических данных было показано, что в группе пациентов с фиброзом печени и АГ на фоне НАЖБП установлены более высокие цифры массы тела ($105,1 \pm 12,14$ кг против $95,14 \pm 14,7$ кг, $p=0,015$), ИМТ ($35,4 \pm 2,7$ против $31,9 \pm 3,7$, $p < 0,05$), ОТ ($114,6 \pm 8,4$ см против $106,6 \pm 8,5$ см, $p=0,021$), отношения ОТ/ОБ ($1,04 \pm 0,05$ против $0,92 \pm 0,06$, $p < 0,05$). В группе пациентов с фибротическими изменениями печени были получены более высокие цифры VAI ($2,2 [1,4-3,8]$ против $1,7 [1,3-2,7]$, $p < 0,05$), LAP ($94,3 [55,7-133,8]$ против $64,6 [45,7-120,2]$, $p < 0,05$), чем у пациентов с АГ без фиброза печени. Показатель, характеризующий инсулинорезистентность, НОМА-IR был статистически выше у пациентов с АГ при наличии фиброза печени, чем у лиц с изолированной АГ ($4,96 \pm 0,18$ против $4,61 \pm 0,15$, $p < 0,05$).

Выводы. Результаты исследования показывают, что наличие фибротических изменений печени у пациентов с артериальной гипертензией ассоциировано с более выраженным висцеральным ожирением, метаболическим синдромом и инсулинорезистентностью, что является дополнительным риском развития сердечно-сосудистых заболеваний.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С МИКОБАКТЕРИОЗОМ ЛЕГКИХ

Апанасевич Т.О.
Белорусский государственный
медицинский университет,
Минск, Беларусь

Введение. Микобактериоз легких (МЛ) – хроническая болезнь легких, вызванная нетуберкулезными микобактериями (НТМБ). Актуальность проблемы растет в мире из года в год. Так, по запросу «nontuberculous mycobacteria» на портале PubMed за 2017-2018 гг. представлено 1589 публикаций, за 2018-2019 гг.

1667 публикаций, за 2019-2020 гг. 1712 публикаций, за 2020-2021 гг. 1730 публикаций, за 2021-2022 гг. 846 публикаций. В Республике Беларусь в период 2014-2021 гг. выделено 1932 образцов культур НТМБ от 1191 пациента с патологией легких. Это связано с большей осведомленностью о заболевании, появлением более совершенных и точных диагностических методов определения вида возбудителя, а также ростом числа людей, входящих в группы риска по развитию заболевания. Исследование проблемы имеет важное значение для разработки дополнительных превентивных и контрольных подходов по снижению заболеваемости, инвалидизации и смертности от МЛ.

Цель исследования. Изучить клинико-эпидемиологические особенности пациентов с легочной инфекцией, вызванной *Mycobacterium*.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ медицинской документации пациентов с верифицированным диагнозом МЛ, находившихся на стационарном лечении в ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии». Применялись следующие методы: анамнестический, функциональный, лабораторный, клинико-рентгенологический и микробиологический. Диагноз МЛ устанавливался согласно критериям международных рекомендаций ATS/IDSA 2007 в модификации ATS/ERS/ESCMID/IDSA 2020 года, рентгенологические - для оценки характера и распространенности поражения ткани легких компьютерной томографии высокого разрешения (КТВР), молекулярно-генетические - видовая принадлежность НТМБ устанавливалась использованием методом GenoType *Mycobacterium* CM/AS (Hain Lifescience, Германия) и методом гибридизации с ДНК-зондами (LPA).

Результаты и их обсуждение. Среди пациентов с МЛ отмечено, что преобладают женщины (70%) над количеством мужчин (30%), средний возраст женщин составил 63,3 года, а среди мужчин – 63,5 лет. Диагноз МЛ при поступлении был установлен у 33,3% пациентов, диагноз образование верхней доли – 13,3%, инфильтративный туберкулез легких – 6,6%, МЛ с сочетанной патологией – 46,6%. Заключительный диагноз МЛ выставлен 70% пациентам. Наиболее частой формой МЛ – полостная форма (36,6%), смешанная форма (30%), затем диссеминированная (13,3%), очаговая (3,3%) и бронхоэктатическая (10%). Наиболее частым сопутствующим заболеванием является ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 33,3%, у 13,3% не выявлено никакой сопутствующей патологии, у 10% пациентов выявлен хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) средне – тяжелая форма, у остальной части пациентов выявили сахарный диабет, миопию и нетоксический зоб (по 3,3% случаю соответственно). Индекс массы тела (ИМТ) в среднем составил 23,77 кг/м², среди 20% пациентов ИМТ составил меньше 20 кг/м². Распространенной жалобой является кашель, наблюдался среди 36,6% пациентов, далее идет одышка (23,3%), общая слабость (33,3% пациентов), кровохарканье (6,6% пациентов) и отсутствие жалоб – 16,6% пациентов. При

анализе показателей спирометрии у 20% пациентов отмечается снижение ОФВ1%–43%, что свидетельствует о тяжелой степени тяжести ХОБЛ. На основании двукратного выявления НТМБ культуральными методами исследования мокроты был поставлен диагноз МЛ. У основного количества (66,56%) пациентов были определены следующие виды НТМБ: *M. Avium* – 26,6% пациентов, *M. Species* – 33,3% пациентов, *M. Intracellulare* + *M. Xenopi* – 3,33% пациентов, *M. Malmoeense* – 3,33% пациентов. У большинства пациентов (56,6%) сохранена чувствительность возбудителя к аминогликозидам и макролидам. При рентгенологическом обследовании отмечается усиление и сетчатая деформация легочного рисунка (33,3% пациентов), наличие полости и бронхоэктазов (33,3% пациент), эмфизема легких (6,6% пациента), буллезная трансформация (3,3% пациентов).

Заключение. Основной причиной МЛ легких являлись *M. avium* и *M. species*. У пациентов с МЛ превалирует полостная форма, при рентгенологическом исследовании в большинстве случаев отмечалось усиление и сетчатая деформация легочного рисунка, а также наличие полости и бронхоэктазов. В группе пациентов с МЛ превышает количество женщин над мужчинами и средний возраст составляет 63,3-63,5 лет. Старение населения, увеличение лиц с ослабленным иммунитетом, наличие сопутствующего состояния и снижение ИМТ осложняет течение МЛ. Поэтому сейчас важно последующее изучение заболевания, его распространенности, повышение эффективности методов диагностики, а также коррекция лечебных методик.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ ВОЗБУДИТЕЛЯ (MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS) С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АТОМНО-СИЛОВОЙ МИКРОСКОПИИ

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

¹Республиканский научно-практический центр эпидемиологии и микробиологии,

²Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии,
Минск, Беларусь

Цель исследования. Получить модифицированные подложки на основе кремния для анализа архитектуры штаммов *M. tuberculosis*.

Материалы и методы. Возбудитель. Проанализировано 40 культур *M. tuberculosis*, хранящихся в банке данных РНПЦ эпидемиологии и микробиологии и полученных от 40 пациентов со следующими клиническими диагнозами по МКБ-10: фиброзно-кавернозный туберкулез легких – 1, инфильтративный туберкулез легких – 28, диссеминированный туберкулез легких – 10, казеозная пневмония – 1. Возраст пациентов – 34-58 лет. Чистую культуру микобактерий получали как

на селективной жидкой, так и плотной питательных средах (среда Левенштейна-Йенсена), включая определение чувствительности. Выделенный возбудитель характеризовался различным профилем резистентности к противотуберкулезным лекарственным средствам. Рост возбудителя на твердых питательных средах варьировал: от 1-4 до 20 колоний, что указывало о различиях в репродуктивной активности *M. tuberculosis*. Для создания микроструктурированного штампа смешивали форполимер и катализатор марки Sylgard 184 («Down Corning», США) в массовом соотношении 10:1, деаэрировали смесь с помощью водоструйного насоса в течение 15-20 минут, после чего наносили тонким слоем (~1 мм) на поверхность мастера. Далее проводили термополимеризацию при температуре +105°C в течение 20 минут, а затем охлажденный до комнатной температуры штамп отделяли от мастера. Модификацию штампа осуществляли адсорбцией вещества из раствора в течение 15 минут с последующей промывкой и сушкой в атмосфере азота. Модифицированный рельефный микроштамп приводили в соприкосновение с поверхностью субстрата для локального переноса вещества в местах контакта штампа и подложки.

Следующим этапом служило формирование на поверхности подложек различных типов сенсорных покрытий (СП), которые были модифицированы пленкой катионного полиэтиленimina или анионного полистиролсульфонат-натриевой соли.

На подготовленные «биочипы» наносили по 100 мкл аликвот микобактерий, предварительно дезактивированных 2,5% глутаральдегидом. Исследование проводили на микроскопе Nanoscope IIIa MultiMode (Digital Instruments, Santa Barbara, США), оборудованном J-сканером. Использовали контактные 100- и 200-мкм кантилеверы «Nanoprobe» (Veeco, США) из Si₃N₄ с константами упругости 0,12 и 0,36 Н/м и тейпинговые зонды из кремния с резонансной частотой ~315 кГц. Частота строчной развертки при получении изображения варьировала от 1 до 5 Гц. Разрешающая способность метода при сканировании образцов составляла примерно 0,1-1 нм по горизонтали и 0,01 нм по вертикали.

Результаты. При фиксации образцов культур микобактерий на специально приготовленных подложках были получены высококонтрастные изображения возбудителя. Как правило, внешняя оболочка *M. tuberculosis* несет отрицательный заряд благодаря наличию гликопротеинов, миколовых кислот, арабиногалактана на поверхности клеточной стенки. Следовательно, микобактерии могут быть фиксированы на поверхности электростатически. Нами было показано, что наилучший вариант фиксации микобактерий реализуется на положительно заряженном полиэлектролите – полиэтиленимине. При этом был использован контактный режим сканирования.

Адгезия *M. tuberculosis* на кремниевые подложки и анализ ахитектоники возбудителя с использованием тейпингового режима АСМ. Показано, что

большинство из визуализированных бактериальных структур были представлены объектами палочковидной формы размером от 1 до 5-7 мкм и диаметром 0,3-0,6 мкм с хорошо выраженной капсулоподобной субстанцией в виде аморфной бахромчатой структуры. Средние значения размерных параметров возбудителя, составил 3,53±0,31 мкм в длину, 0,43±0,16 мкм в ширину и 1,37±0,15 мкм в высоту, толщина клеточной стенки – 17,8±0,9 нм. Поверхность клеточной стенки при более детальном анализе оказалась относительно гладкой с недостаточно развитым рельефом, среднеквадратичная шероховатость на пиках не превышала 5,75±0,16 нм. Детальный наноскопический анализ позволил изучить структурно-модификационные преобразования клеточной стенки у резистентных форм *M. tuberculosis*. Показано, что принципиальной особенностью данного процесса являлась реструктуризация и постепенное отслаивание у палочковидных форм микобактерий микрокапсулы. Одновременно с этим по нижнему контуру возбудителя появлялись вздутия (расширения) вследствие уменьшения поверхностных сиалогликопротеидов. Это приводило к разрыхлению клеточной стенки с последующим переходом от палочковидных до коккобацилярных и нитевидных ветвящихся структур патогена. По мере постепенной дегградации клеточной стенки отмечалось образование округлых, овальных или вытянутых сферопласто-подобных структур размером 300-500 нм. Такие образования на исследуемых образцах, как правило, занимали доминирующее положение, объединялись друг с другом в виде широких или тонких мостиков (анастомозов), которые можно рассматривать как начальные процессы биопленкообразования. Считается, что сферопласто-подобные структуры *M. tuberculosis* продуцируют ряд поверхностных белков (ESAT-6, липоарабиноманнан, белок Ag85), миколовые кислоты, содержат нуклеиновую ДНК и при благоприятных условиях могут реверсировать в исходные формы развития, т.е. сохраняют свою жизнеспособность. Наряду со сферопластами отмечались и ультрамалые формы (до 200-300 нм) с клеточной стенкой толщиной 27-29 нм и соответствующие, вероятно, наименьшей инфекционной форме развития бактерий – элементарным тельцам (ЭТ).

Заключение. С помощью атомно-силовой микроскопии изучены особенности морфологии морфов *M. tuberculosis*, осажженных на поверхность подложки полиэтиленimina на кремнии. Разработанная методика позволила установить наличие в анализируемых образцах большого количества атипичных, плеоморфных бактерий. Перспективно использование разработанной платформы активированной полиэтиленимином для наноскопического анализа фенотипически измененных лекарственно-устойчивых микобактерий. Остается нерешенным ряд задач, к которым следует отнести поиск специфических маркеров резистентности по параметрам фактора формы, струк-

турированности S-слоя, толщины клеточной стенки, продукции капсулоподобного вещества, молекул адгезии, биопленкообразование и т.д. Новые данные позволят констатировать развитие резистентности и скорректировать тактику антибактериальной терапии туберкулеза.

УРОВЕНЬ ЭКСПРЕССИИ ГЕНОВ ENTPD1, NT5E, ADORA2A, FOXP3 И RORγT В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ НА ФОНЕ ПРИЕМА ПРЕДНИЗОЛОНА

Аторин Д.А.¹, Жулай Г.А.¹, Топчиева Л.В.¹,
Курбатова И.В.¹, Дуданова О.П.²

¹Карельский научный центр РАН,

²Петрозаводский государственный университет,
г. Петрозаводск

Язвенный колит (ЯК) – хроническое аутоиммунное заболевание кишечника. В последнее время большое внимание при изучении патогенеза ЯК уделяется внеклеточному аденозину, как сигнальной молекуле, регулирующей процессы воспаления, связанные с переносом энергии.

Содержание внеклеточного аденозина регулируется активностью ферментов: эктонуклеозидтрифосфатдифосфогидролаза-1 (NTPD1), кодируемый геном ENTPD1, и экто-5'-нуклеотидаза (5'-NT), кодируемый геном NT5E. Эти нуклеотидазы локализованных на поверхности многих клеток, в частности, иммунных.

Передача сигналов через аденозиновый рецептор A2AR может регулировать баланс противовоспалительных Treg-клеток и провоспалительных Th17-клеток в сторону повышения пула Treg-клеток. A2AR кодируется геном ADORA2A.

Ключевым транскрипционным фактором для Treg-клеток является forkhead box P3 (FOXP3), кодируемый геном FOXP3. Транскрипционный фактор орфанный рецептор γt, связанный с ретиноевой кислотой (RORγt), кодируемый геном RORγt играет ключевую роль в дифференцировке и поддержании популяции Th17.

В настоящее время вопрос о количественном и качественном соотношении экспрессии генов FOXP3, RORγ, ENTPD1 и NT5E в периферической крови больных ЯК изучен недостаточно. Вопрос о влиянии терапии стероидными и нестероидными противовоспалительными препаратами на транскрипционную активность этих генов требует дополнительного изучения.

Цель исследования. Изучить уровень экспрессии генов ENTPD1, NT5E, ADORA2A, FOXP3 и RORγ в лейкоцитах периферической крови больных ЯК, на-

ходящихся на терапии нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) и на терапии преднизолоном по сравнению с условно здоровыми людьми.

Материалы и методы. В исследование включены условно здоровые люди (n=18) и пациенты с диагнозом ЯК (n=20). 15 больных ЯК находились на терапии НПВП (сульфасалазин, салафальк), средний возраст составил 42±2,50 года. 5 человек принимали в качестве терапии ЯК преднизолон, их средний возраст составлял 35±4,38 лет. В группу контроля были включены 18 условно здоровых людей (средний возраст - 39±3,50 лет).

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

Статистическая обработка данных выполнена в пакете программ Statgraphics Centurion XVI (version 16.1.11). Значимость различий средних величин оценивали с помощью U-критерия Вилкоксона-Манна-Уитни.

Основные результаты: Обнаружены значимые различия в содержании мРНК гена ENTPD1 у больных ЯК, находящихся на терапии НПВП, при сравнении со здоровыми людьми (p=0,0026). Уровень транскриптов гена NT5E в ЛПК пациентов с ЯК, находящихся на терапии НПВП, оказался выше, чем в у пациентов с ЯК, принимающих преднизолон (p=0,029), и здоровых людей (p=0,00021). Установлены значимые различия в содержании мРНК гена ADORA2A между всеми группами сравнения. Уровень транскриптов этого гена в ЛПК больных ЯК, находящихся на терапии НПВП, был выше, чем в ЛПК пациентов с ЯК, находящихся на терапии преднизолоном (p=0,036), и здоровых людей (p=0,000025). Также отмечены различия в уровне экспрессии гена ADORA2A у пациентов, принимающих преднизолон, и у здоровых индивидов (p=0,027). У здоровых индивидов содержание мРНК гена FOXP3 было ниже, чем у пациентов с ЯК, находящихся на терапии НПВП (p=0,0055). Выявлены различия уровня экспрессии гена RORγ в ЛПК пациентов с ЯК, находящихся на терапии НПВП и пациентов с ЯК, принимающих преднизолон (p=0,014). Как оказалось, содержание мРНК этого гена было выше у пациентов с ЯК при сравнении со здоровыми людьми. Аналогично, уровень экспрессии RORγ был выше у больных на терапии преднизолоном, чем у здоровых индивидов (p=0,000021).

Выводы. Уровень экспрессии генов ENTPD1, NT5E, ADORA2A, FOXP3 и RORγ в ЛПК больных ЯК на терапии НПВП выше, чем у условно здоровых людей и пациентов, принимающих преднизолон, что, вероятно, свидетельствует об активации внеклеточного аденозинового пути и усиления активности Т-клеточного иммунитета у больных ЯК.

ПАНДЕМИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ: ОПЫТ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Афанасьев Н.Е.¹, Позднякова О.Ю.², Кошель Т.Е.³

¹Городская клиническая поликлиника №5,

²Ставропольский государственный
медицинский университет,

³Ставропольский краевой клинический
онкологический диспансер,
г. Ставрополь

Введение. Первые случаи заболевания COVID-19 в Ставропольском крае были зарегистрированы в марте 2020 г., после чего распространение заболевания характеризовалось быстрым подъемом числа заболевших с увеличением количества госпитализированных в медицинские организации.

Цель. Оценить характер течения заболевания, лабораторную диагностику и результаты лечения у госпитализированных больных с инфекцией COVID-19.

Материалы и методы. Проанализирована 861 медицинская карта стационарных пациентов, госпитализированных в терапевтическое отделение ГБУЗ СК «ГКБ №3» г. Ставрополя с января по декабрь 2021 г. с диагнозом «Новая коронавирусная инфекция COVID-19», среднетяжелая форма, осложненная внебольничной полисегментарной пневмонией, средней и тяжелой степени, острым бронхитом. Пациенты ранжированы по полу, возрасту, индексу массы тела, сопутствующим заболеваниям, лабораторным данным, длительности стационарного лечения и исходу заболевания.

Результаты. Распределение пациентов по полу: женщин – 503 (58,4%), мужчин – 358 (41,6%), из них старше трудоспособного возраста 467 человек. Проведен анализ пациентов с учетом индекса массы тела (ИМТ). Избыточный вес и различная степень ожирения выявлены у 535 (62,2%) пациентов. Сопутствующая патология наблюдалась у 592 (68,7%) больных, в основном это были сердечно-сосудистые, бронхо-легочные и эндокринные заболевания. Женщин с сопутствующей патологией – 334 (56,4%), мужчин – 258 (43,6%) человек. Из клинических проявлений у пациентов регистрировались: потеря обоняния у 55%, кашель – 81%, одышка – 37%, головные боли – 28%, кровохарканье – 5%, диарея – 13%, тошнота – 16% и сердцебиение у 22%. Нуждались в кислородотерапии с первых дней госпитализации – более 70% пациентов. Бактериологическое исследование мокроты проводилось лишь у 17% поступивших пациентов. Более высокие показатели С-реактивного белка (СРБ), прокальцитонина (ПКТ), фибриногена, Д-димера отмечались у кислородозависимых пациентов с тяжелым течением COVID-19. Лучевое обследование включало в себя компьютерную томографию легких у 783 (91%) пациентов, уже на начальном этапе

госпитализации у больных выявлялись в легочной ткани зоны «матового стекла» и консолидации. Распространенность поражения в 749 случаях была двусторонней, в 112 случаях односторонней, что тем не менее не оказывало существенного влияния на тяжесть течения и исход болезни. Средняя длительность госпитализации составила 16±2 дня. Летальный исход констатирован у 14 человек, из которых женщин и мужчин – по 50%, трудоспособного возраста – 4 пациента. Все умершие имели тяжелую сочетанную патологию. Причина смерти острый инфаркт миокарда диагностирован у трех пациентов на фоне COVID-19, во всех остальных случаях – тяжелая пневмония с выраженной дыхательной недостаточностью. Все пациенты с 1-го дня госпитализации получали стандартную фармакотерапию: противовирусные препараты (фавипиравир, умифеновир), антикоагулянты (ксарелто, эликвис и гепарин), бронхолиитик (амброксол) и антибактериальная терапия (АБТ) (цефалоспорины III поколения, макролиды и фторхинолоны). Первичное назначение таких препаратов, судя по сведениям из медицинских карт, не зависело от наличия очевидных указаний на бактериальную инфекцию.

Выводы. 1. Отличий по тяжести течения заболевания между полом и возрастом пациентов не выявлено. Более половины пациентов имели избыточную массу тела и сопутствующие заболевания на момент поступления, что несомненно усугубляло течение и прогноз заболевания в 89% случаев. 2. Повышение уровня таких предикторов воспаления как СРБ, ПКТ, фибриноген и ЛДГ достоверно коррелировало с тяжестью состояния пациента. Динамическое мониторирование этих лабораторных показателей служило маркером адекватности проводимой терапии, однако не всегда являясь критерием для назначения антибактериальной терапии. 3. Стартовая эмпирическая антибиотикотерапия в большинстве случаев не сокращала сроки госпитализации пациента и не всегда предупреждала развитие осложнений на фоне основной инфекции COVID-19.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ КОНЦЕНТРАЦИЕЙ ФЕТУИНА-А И МАРКЕРАМИ КОСТНОЙ ДЕСТРУКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОЗОМ НА ФОНЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Ахвердян Ю.Р., Папичев Е.В., Заводовский Б.В.,
Полякова Ю.В., Сивордова Л.Е.
НИИ клинической и экспериментальной
ревматологии им. А.Б. Зборовского,
г. Волгоград

Цель исследования. Изучение возможной взаимосвязи между уровнем фетуина-А (ФА) и лабораторными маркерами деградации костной ткани в сыворотке крови пациентов с остеопорозом (ОП) на фоне ревматоидного артрита (РА).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 114 пациентов с ОП, развившимся на фоне РА. Группа контроля состояла из 30 здоровых лиц. Группа пациентов с РА и контрольная группа были сопоставимы по полу ($p=0,121$), возрасту ($p=0,078$) и ИМТ ($p=0,321$). Диагноз РА ставился на основании международных рекомендаций, принятых на EULAR/ACR в 2010 г. Оценка МПКТ осуществлялась методом двухэнергетической рентгеновской денситометрии (DEXA). Диагноз ОП устанавливался согласно российским рекомендациям по остеопорозу, утвержденным Минздравом РФ и рекомендациям международного общества клинической денситометрии. Уровень ФА в сыворотке крови определялся однократно методом иммуноферментного анализа с использованием коммерческих тест систем (Human Fetuin-A ELISA Biovender Cat № 191-0371).

Результаты и обсуждение. Нами была проведена оценка уровня ФА у здоровых лиц и у пациентов с ОП на фоне РА. Уровень нормального значения ФА у здоровых лиц, рассчитываемый как $M \pm 2\sigma$, составил от 653,55 мкг/мл до 972,19 мкг/мл. Уровень ФА был подвержен нормальному распределению ($K-S d=0,062, p>0,2$). В зависимости от уровня ФА, все пациенты с ОП были разделены на две группы: с нормальным уровнем ФА (88 человек) и пониженным (26 пациентов).

Далее мы изучили взаимосвязь между уровнем ФА и показателями костного обмена. У пациентов с пониженным уровнем ФА средний уровень C-terminal telopeptide of type I collagen (CTX-1) составил 51 нг/мл, у пациентов с нормальным уровнем ФА средний уровень CTX-1 был 35 нг/мл ($t=-2,42 p=0,016$). Таким образом, в группе пациентов со сниженной концентрацией ФА уровень CTX-1 достоверно выше. Учитывая, что высокие концентрации CTX-1 свидетельствуют об активном remodelировании костной ткани и характерны для пациентов с повышенной костной резорбцией, а также тот факт, что ФА обладает способностью влиять на метаболизм костной ткани путем связывания кальция и белков семейства TGF-beta, можно предположить определенные остеопротективные свойства ФА. Подтверждение наличия данных свойств может расширить возможности терапии ОП.

Выводы. Согласно полученным данным, у пациентов с нормальным уровнем ФА, уровень CTX-1 достоверно ниже. Учитывая, что CTX-1 является маркером деградации хрящевого и костного коллагена можно сделать предположение, что ФА обладает хондро- и остеопротективными свойствами, однако, данный вопрос требует дальнейшего изучения.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ НАЛИЧИЕМ ФАКТОРОВ РИСКА И РАЗВИТИЕМ ОСТЕОПОРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Ахвердян Ю.Р., Папичев Е.В.,
Полякова Ю.В., Сивордова Л.Е.,
Заводовский Б.В.
НИИ клинической и экспериментальной
ревматологии им. А.Б. Зборовского,
г. Волгоград

Цель исследования. Изучить взаимосвязь между факторами риска и наличием остеопороза (ОП) у пациентов с ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 110 пациентов с верифицированным диагнозом РА. Средний возраст пациентов 57 [47-63] лет. Оценка МПКТ осуществлялась методом двухэнергетической рентгеновской денситометрии (DEXA). Мы разделили всех пациентов с РА на 2 группы: с наличием ОП (53 человека) и без признаков ОП (57 человек). Всем пациентам проводилось стандартное лабораторное обследование, дополнительно определялись уровень 25(OH) витамина Д крови, N-терминальный пропептид проколлагена I (PINP).

Результаты. Выявлено, что у пациентов с РА, страдающих ОП чаще встречаются эрозивные изменения в суставах (43 пациента (39,1%) с эрозивными изменениями и 34 пациента (30,9%) с отсутствием эрозивных изменений, (хи-квадрат=6,04; $p=0,014$)), для пациентов с РА с наличием ОП характерно более длительное течение РА (14,0 [7,0-18,0] лет и 6,0 [3,0-15,0] лет ($Z=-2,25$; $p=0,024$)) и более низкий вес тела ($69,6 \pm 14,6$ (69,4-76,5) кг и $76,5 \pm 14,7$ (68,9-77,8), $t=2,45$; $p=0,014$ кг)).

У пациентов с ОП выявлены более низкие значения уровня витамина Д ($43,9$ [30,5-57,2] и $58,2$ [45,6-64,4], $Z=3,29$; $p=0,001$) и более высокий уровень N-терминального пропептидапроколлагена I ($52,7$ [44,4-71,2] и $45,3$ [39,2-52,1], $Z=-3,08$; $p=0,002$). Отметим, что уровень PINP в обеих группах не превышал нормальных значений. Дополнительно мы изучили взаимосвязь между наличием ОП и приемом ГКС. Пациенты с РА, у которых развился ОП, принимали ГКС более длительно, имели большую кумулятивную дозу в анамнезе ($6,5$ [1,2-13,5] грамм и $3,26$ [0,15-7,2] грамм, $Z=-3,05$; $p=0,002$) и большую дозу ГКС, принимаемую в настоящий момент ($8,0$ [5,0-10,0] мг и $1,5$ [0,0-7,5] мг, $Z=-3,42$; $p=0,0006$).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о зависимости частоты развития ОП у пациентов с РА от длительности заболевания, наличия эрозивных изменений в суставах, веса пациентов, а также длительности приема и дозы ГКС.



КОМОРБИДНОСТЬ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ПЕРВИЧНЫХ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Ахмедова К.Н., Мирзаева Л.М.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Актуальность. Распространенность заболеваний нервной системы, в том числе головных болей (ГБ) неуклонно возрастает в мире и в России. Самая частая причина обращения к врачу-неврологу – это головные боли. Преобладают первичные головные боли: головная боль напряжения (ГБН) и мигрень, встречающиеся как среди людей преклонного возраста, так и среди молодежи [Андреева Д.М. и соавт., 2022]. Одна из основных причин – усиление стрессовой нагрузки современной жизни, что провоцирует психоэмоциональные расстройства, такие как тревога, нарушение сна, астения. Отсутствие первичной и вторичной профилактики головных болей может привести к ухудшению их течения и к хронизации. Длительная ГБ приводит к астенизации пациентов, нарушению сна и повышению интенсивности ГБ, формируя порочный круг, что снижает качество жизни пациентов [Мирзаева Л.М. и соавт., 2023].

Астения (от греч. *asthénia* – бессилие, слабость) – болезненное состояние, проявляющееся повышенной утомляемостью, нарушением сна, утратой способности к длительному умственному и физическому напряжению, непереносимостью громких звуков, яркого света, резких запахов, вегетативной неустойчивостью и субъективными ощущениями головокружения. Частота встречаемости астенического синдрома колеблется в медицинской практике от 15 до 57%. По данным российских исследований, это самый распространенный синдром в амбулаторной практике – его частота достигает 90%. При астении общая слабость, повышенная утомляемость, снижение работоспособности часто сочетаются с головными болями [Котова О.В. и соавт., 2016]. Очевидно, что важной задачей является поиск и разработка профилактики астенического синдрома и головных болей у молодежи, так как данными состояниями страдают лица не только преклонного, но и молодого трудоспособного возраста [Мирзаева Л.М. и соавт., 2023].

Цель исследования. Оценить степень выраженности астении, частоту встречаемости головных болей и выявить провоцирующие факторы приступов ГБ у студентов-медиков.

Материалы и методы. Опрошены 140 студентов-медиков в возрасте от 18 до 23 лет с помощью разработанной нами анкеты ГБ, учитывающей характеристики и провоцирующие факторы ГБ, и шкалы астении MFI-20. Данный опросник студенты проходили в со-

циальных сетях «ВКонтакте» и «Telegram» в период с сентября 2023 г. по ноябрь 2023 г.

Критерии включения: студенты медицинских ВУЗов. Критерии исключения: пациенты с вторичными головными болями, цереброваскулярной патологией, тяжелыми психическими расстройствами. Участники опроса были разделены на две группы: 1-я группа – студенты с ГБ, 2-я – студенты без ГБ. В 1-й группе оценивались интенсивность ГБ с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), основные провоцирующие факторы ГБ. Всем участникам проводилась оценка степени выраженности общей астении с помощью шкалы MFI-20, где более 20 баллов говорит о клинически выраженной астении.

Результаты. Средний возраст всех участников составил 22±2 года. Из 140 участников – женщин 83,6% (117 человек), мужчин 16,4% (23 человека). В 1-ю группу вошли 72,1 % студентов (101 студент), из них женщины 93,1% (94 участника), мужчины 6,9% (7 участников). У 40,6% студентов (41 участника) отмечается ГБ легкой степени, ГБ средней степени тяжести выявлена у 51,5% студентов (52 участника), ГБ тяжелой степени – у 7,9% студентов (8 участников).

Возникновению ГБ способствует не один фактор, студенты отметили несколько триггеров. У 76,2% (77 участников) возникновению ГБ способствует стресс; недостаточность и низкое качество сна является провоцирующим фактором у 75,3% (76 участников); у 67,3% (68 участников) ГБ появляется, когда они находятся в душных, закрытых помещениях; изменения погоды провоцируют приступы ГБ у 58,4% (59 участников); напряженная поза способствует появлению ГБ у 49,5% (50 участников); у 47,5% (48 участников) отмечается тревога; овуляция/менструация вызывает ГБ у 28,7% (27 участников); также ГБ провоцируют алкоголь – 15,8% (16 участников); физическая нагрузка – 14,9% (15 участников). 5,9% (6 участников) отметили и другие факторы: умственная нагрузка, гиперсомния, голод, укачивание в машине, длительное использование наушников, у одного участника ГБ развивается аутохтонно, без очевидных триггеров.

В первой группе астеническая симптоматика выявлена у 74,3% студентов (75 участников).

Во 2-ю группу вошли 27,9% студентов (39 студентов), из них женщины 59,0% (23 участника), мужчины 41,0% (16 участников). Астенический синдром наблюдался у 43,6% студентов (17 участников). Выраженность астении в -й группе составила 55 баллов, во 2-й-20,5 баллов.

Выводы. Выявлена корреляция ГБ и астении, отмечена более высокая частота встречаемости ГБ у студентов при наличии у них астенического синдрома. Длительный стресс, нарушение сна, тревога приводят к астенизации студентов, что увеличивает риск возникновения ГБ.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ IT В СИСТЕМЕ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Ахмедова Н.А., Алиева К.К.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Особенностями образовательной системы 21 века можно обозначить следующее: высокие стандарты к академическим учебным программам, практикоориентированность, динамические потребности рынка труда, приводящие к непрерывному образованию в течение жизни, высокая конкуренция среди учебных заведений, мобильность студентов и преподавателей, высокая доступность информации.

Информационные (компьютерные) технологии (IT) – это множество взаимосвязанных научных и технических областей знания, изучающие и применяющие на практике методы создания, обработки, хранения, защиты и передачи информации с помощью компьютерной техники. IT имеют ряд преимуществ: работа с большим объемом информации, экономия времени, дистанционное обучение, очищение окружающей среды за счет перехода от техницизма к экологизму. В то же время IT не лишены минусов: технические неполадки в работе компьютеров и других механизмов, зависимость от информационной инфраструктуры, что практически нивелируется использованием IT как дополнительного инструмента в работе.

Современные IT, применяемые в вузах, обеспечивают широкую мобильность обучения студентов, формируют способность освоения новых навыков, что обуславливает переход от регламентированной организации образования к блочно-модульному обучению и предполагает высокий уровень развития самообразования. Применение образовательных IT в системе подготовки студентов приводит к обогащению педагогической и организационной деятельности вуза, совершенствованию технологий образования, организации новых форм взаимодействия в процессе обучения.

Для успешного решения задач профессиональной подготовки современных специалистов медицинского профиля необходима перестройка учебного процесса, ориентировка на развитие интеллектуальных способностей студентов, нравственных общечеловеческих ценностей, их логического клинического мышления, разработка и внедрение новых передовых педагогических технологий, в том числе информационных.

Новые потребности системы здравоохранения обуславливают создание новых технологий в обучении будущих специалистов. Информационный бум требует подготовки студентов к активному самостоятельному решению жизненно важных вопросов, способности быстро ликвидировать пробелы в знаниях, равно как

и использовать полученные знания в решении новых, диктуемых жизнью задач.

Применение компьютерных технологий при изучении блоков фундаментальных и клинических дисциплин имеет важное в профессиональном плане значение, которое переоценить чрезвычайно трудно.

Важнейшим требованием к выпускнику вуза является владение профессиональными компетенциями. Использование информационных технологий как неотъемлемого инструмента в формировании профессиональных компетенций студентов очень необходимо в высшем медицинском образовании.

Для профессорско-преподавательского состава наиболее актуальна проблема методики преподавания с инновационными элементами, учитывая предметную специфику и развитие научного потенциала. Одной из таких форм преподавания является онлайн-семинар или вебинар, позволяющий транслировать аудио и видео участников в режиме реального времени с использованием демонстрационных материалов разнообразных форматов. Вебинар в вузе реализует ряд научных задач: связывает студентов и преподавателей воедино для обмена опытом, научными достижениями, и в целом для создания межвузовских научных школ. Онлайн-семинары имеют возможность обратной связи с участниками, что позволяет отслеживать эффективность и научность достижений, также они обеспечивают связь теории с практикой, что является действенной формой обучения. Кафедры Ташкентской медицинской академии (ТМА), в частности кафедра внутренних болезней и эндокринологии, в рамках международного сотрудничества постоянно организует вебинары по различным дисциплинам с зарубежными медицинскими университетами, что позволяет реализовать принципы наглядности и доступности за счет работы с демонстрационным материалом и ответов на вопросы его участников.

Онлайн-семинар не требует предварительной установки программного обеспечения, имеет минимальные системные требования и является оптимальным аналогом по отношению к традиционным формам обучения, при этом значительно преумножая педагогический опыт современной высшей медицинской школы и позволяя расширять социальный состав участников.

Еще одним видом образовательных IT служит интернет-форум на веб- сервере вуза как полилоговая коммуникация в режиме offline с обратной связью от посетителей данного ресурса с целью обсуждения некой темы, где ответ можно дать по мере готовности, имея время на подготовку. Его возможности можно применять для организации самостоятельной работы студентов: задать вопрос в аудитории, дискуссию по поиску решения развернуть в пространстве форума, а итоги подвести на следующем занятии. Форум снимает целый ряд ограничений коммуникативного характера между преподавателем и студентами.

Следовательно, интернет-форум может широко использоваться в преподавании при размещении соответствующих материалов на сервере и формировании заинтересованности студентов.

На кафедре внутренних болезней и эндокринологии активно используется система дистанционного обучения, позволяющая обновлять учебные ресурсы и сохранять актуальность передаваемых навыков.

Практикоориентированность процесса обучения реализуется с помощью интерактивных кейсов с видео-, фото- и аудиоматериалами, помогающими создавать творческую атмосферу занятий и глубокий уровень проработки клинических ситуаций. С этими целями также привлекаются ресурсы симуляционного центра ТМА, в рамках которого студенты имеют возможность адаптироваться к формату работы врача общей практики.

Наравне с появлением инноваций, традиционными основными средствами обучения остаются учебники и учебные пособия. Учебник самодостаточен, включает весь учебный курс, в отличие от учебных пособий, которые направлены на формирование одного из компонентов целей обучения. Использование ИТ позволяет разработать учебник нового типа – электронный, т.е. программный продукт, который сохраняет структуру книги, но допускает возможность применения средств компьютерных технологий (навигация, интерактивная работа, средства визуализации и мультимедиа и т.д.). Он предполагает многовариантный вход в обучающую систему и вариативное изучение материала. При этом эффективная эксплуатация электронного учебника требует наличие компьютерной грамотности студентов и преподавателей, для чего нужна определенная ориентация знаний и навыков на конкретные практические потребности обучающихся в различных дисциплинах. Для самообучения студентов необходимо структурировать весь материал на блоки (теоретический, практический, блок тестовых вопросов, блок заданий для самоконтроля) с обязательным использованием мультимедийных элементов. В таком случае разработка электронного учебника может служить этапом на пути к внедрению дистанционного образования и интернет-обучения в образовательный процесс.

Таким образом, активное использование ИТ в образовательном процессе формирует успешную образовательную коммуникацию и умение налаживать диалогические отношения, что увеличивает объем и принятие учебного материала студентами.



СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА: МНОГООБРАЗИЕ ФОРМ И ВАРИАНТОВ ТЕЧЕНИЯ

Ахмедова Н.А., Валижонов А.Ф.,
Валижонova Ш.А., Курбонкулов А.А.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Системная красная волчанка (СКВ) – одно из наиболее тяжелых аутоиммунных заболеваний человека. Распространенность СКВ составляет 50-250 случаев на 100 тыс. населения, пик заболеваемости приходится на второе-третье десятилетие жизни. Женщины детородного возраста страдают СКВ в 8-15 раз чаще мужчин; соотношение девочек и мальчиков снижается и составляет 3:1.

Системная красная волчанка (СКВ) – системное аутоиммунное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся гиперпродукцией органонеспецифических аутоантител к различным компонентам клеточного ядра и развитием иммуновоспалительного повреждения внутренних органов. СКВ – прототип системной аутоиммунной патологии человека, относится к числу чрезвычайно гетерогенных заболеваний сточки зрения как клинических проявлений, так и генетической предрасположенности и механизмов патогенеза, что нередко затрудняет раннюю диагностику и не позволяет персонализировать терапию. Несмотря на то что в XXI в. 15-летняя выживаемость при СКВ увеличилась до 85%, недостаточный контроль активности болезни, необходимость практически постоянного приема глюкокортикоидов (ГК) и иммуносупрессивных препаратов приводят к накоплению необратимых (асстul) повреждений внутренних органов и, как следствие, снижению качества жизни, инвалидности, социальной дезадаптации, преждевременной летальности. При этом «ранняя» летальность связана с активностью иммунопатологического процесса и инфекционными осложнениями, в то время как «поздняя» летальность – скердиоваскулярными осложнениями, обусловленными атеросклеротическим поражением сосудов. Не менее чем у 10% пациентов с волчаночным нефритом (ВН) развивается терминальная почечная недостаточность, «полной» ремиссии достигают менее 50% пациентов, у половины из них развиваются обострения. Разработка белиму-маба (БЛМ) – первого генно-инженерного биологического препарата (ГИБП), специально созданного для лечения СКВ, – рассматривается как одно из наиболее крупных достижений ревматологии в XXI в. и служит ярким примером практической реализации концепции трансляционной медицины. Напомним, что расширение представлений о роли В-клеток виммунопатогенезе СКВ привлекло внимание к изучению В-клеточных цитоклиновых лигандов в качестве возможных «мишеней» для терапевтических воздействий. Особый интерес

привлек BAFF (Bcell-activating factor), известный также как BLyS (Blymphocyte stimulator), который относится к числу важных медиаторов «цитокиновой» регуляции функции, пролиферации и дифференцировки В-клеток. БЛМ, представляющий собой человеческие моноклональные антитела (mAb) к BAFF, предотвращает его взаимодействие с соответствующими клеточными рецепторами аутореактивных «переходных» (transitional) инаивных В-клеток, что приводит к подавлению характерной для СКВ В-клеточной гиперреактивности – синтеза аутоантител, «выживаемости» В-клеток, локализованных в герминальных центрах лимфоидных органов, дифференцировки В-клеток памяти в аутоантитело-продуцирующие клетки и синтеза «провоспалительных» цитокинов (интерлейкин 21 – ИЛ21, ИЛ17 и др.). Длительное применение БЛМ при СКВ способствует достижению и поддержанию ремиссии (в том числе при «рефрактерном» течении заболевания), снижает риск необратимых органических повреждений, позволяет вести пациентов на минимальной поддерживающей дозе ГК.

Вывод. СКВ – многоликое заболевание. Несмотря на огромное количество исследований, болезнь продолжает оставаться загадкой. Атипичные варианты дебюта и течения, непредсказуемость развития обострений и ремиссий, резистентность даже к агрессивным методам лечения, обширный спектр сопутствующей патологии – вот далеко не весь перечень проблем, с которыми приходится сталкиваться при ведении больных СКВ. Современная тактика при СКВ должна включать не только раннюю диагностику и назначение адекватной терапии, но и поиск возможных клинико-лабораторных предикторов обострений и неблагоприятного исхода, профилактику осложнений самого заболевания и проводимого лечения, что будет способствовать улучшению качества жизни больных.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Ахмедова Ш.У., Ахмедова Ш.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Узбекистан

Имеющиеся ряд исследований иммунитета у больных, страдающих сахарным диабетом (СД) на различных этапах течения заболевания, показали разнонаправленные изменения изучаемых параметров, интерпретация которых представляет определенные сложности. Современная этиологическая и патогенетическая концепция СД рассматривает последний как результат взаимодействия генетической предрасположенности, факторов внешней среды и раздельного

нарушения аутоиммунитета, реализующейся в разрушении β-клеток; объясняет гетерогенность СД и обуславливает необходимость интенсификации исследований ряда нерешенных вопросов иммунопатогенеза СД.

Цель работы. Особенности течения туберкулеза легких на организм больных с сахарным диабетом и клинические проявления сочетанного заболевания.

Материал и методы исследования. Анализ проходил по статистической обработке амбулаторных карт больных сахарным диабетом на фоне уже установленного диагноза туберкулеза легких. Высокую частоту туберкулеза легких среди больных диабетом связывают с повышенным риском их заражения, что определяется: значительной парентеральной нагрузкой, наличием иммунодепрессивного состояния, обусловленного основным заболеванием; значительным числом бессимптомных микобактерионосителей среди этой категории больных. Больные диабетом относятся к группам повышенного риска инфицирования микобактериями, вызывающими туберкулез. В отличие от больных туберкулезом легких без сопутствующих заболеваний, у больных диабетом туберкулез легких чаще протекает в субклинической форме, а в ряде случаев проявления диабета при уже установленном диагнозе туберкулеза протекает асимптоматично. Частота выявления этой формы СД зависит от тяжести и распространенности туберкулезного процесса, наличия или отсутствия прогрессирующих деструктивных изменений с образованием каверны. Наиболее часто нарушения углеводного обмена и асимптоматический СД диагностировали у больных фиброзно-кавернозным, распространенным инфильтративным и диссеминированным туберкулезом легких с наличием сформировавшейся каверны. Асимптоматический диабет чаще всего выявляли в течение первых месяцев после возникновения туберкулеза, тогда как на последующих этапах по мере угасания туберкулезного процесса частота его обнаружения уменьшалась. В ряде случаев отмечались артралгии и зуд кожи. Значительно увеличена активность щелочной фосфатазы, концентрация в сыворотке крови холестерина и липопротеидов. У всех больных СД с установленным диагнозом туберкулеза легких отмечаются характерные для аутоиммунного заболевания изменения иммунограммы: определено достоверное понижение в содержании общих лимфоцитов, снижение уровня Т-супрессоров-цитотоксических, повышение В-лимфоцитов. Концентрации иммуноглобулинов А и G, а также циркулирующих иммунных комплексов значительно превышали нормальные значения, отмечалось угнетение функциональной активности фагоцитарного звена. Данные показатели отражают роль глюкозотоксичности в подавлении секреторной активности β-клеток, а также могут свидетельствовать об их высоком эндогенно-регенеративном потенциале.

Вывод. Полученные данные свидетельствуют о необходимости индивидуального подхода при обследовании и терапии больных с СД с сочетанной пато-

логией, туберкулеза легких. Все это свидетельствует о включении своевременной иммуномодулирующей терапии для нормализации параметров иммунитета, а также торможению аутоиммунного поражения инсулярного аппарата, уменьшению активности системного воспаления и улучшению функционального состояния организма у данного контингента больных.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ПРОТРОМБОТИЧЕСКИХ БИОМАРКЕРОВ У БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕАТОГЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Багрий А.Э.¹, Никулин И.Ю.², Ефременко В.А.¹,
Рачкелюк В.В.¹, Совпель Я.А.¹

¹Донецкий государственный медицинский
университет им. М. Горького,

²Республиканская клиническая больница
им. М.И. Калинина,
г. Донецк

Актуальность. Ведущими специалистами высказаны весьма противоречивые сведения об изменениях уровней провоспалительных и протромботических биомаркеров у больных с панкреатогенным сахарным диабетом (СД-П), что диктует необходимость дальнейшего изучения данной проблемы.

Цель. Изучить и сравнить уровни провоспалительных и протромботических биомаркеров у больных с СД-П, сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа) и здоровых лиц.

Материалы и методы. В исследование вошли 54 больных с СД-П, 20 больных с СД 2 типа, без эпизодов острого или хронического панкреатита в анамнезе и 20 практически здоровых лиц, различий по возрасту и полу группы не имели. Диагноз панкреатита у пациентов с СД-П устанавливался на основании отечественных и международных рекомендаций. Помимо стандартных общеклинических и биохимических анализов, в сыворотке крови оценивали уровни биомаркеров, включая высокочувствительный С-реактивный белок (СРБ), фактор некроза опухоли-альфа (TNF- α), интерлейкин-6 (IL-6), сосудистый эндотелиальный фактор роста (VEGF), цистатин С и антиген фактора Виллебранда (AgvWF); применяли сэндвич-вариант твердофазного иммуноферментного анализа с использованием соответствующих моноклональных антител (наборы ИФА-Вектор-БЕСТ, Новосибирск, Россия). Статистическую обработку проводили с помощью программы Microsoft Excel 2007.

Результаты. Средние концентрации всех представленных биомаркеров у лиц с СД 2 типа оказались

статистически значимо выше, чем у здоровых лиц, а у больных с СД-П, в свою очередь достоверно выше, чем при СД 2 типа. Так, у больных с СД-П в сравнении с лицами с СД 2 типа и с группой здоровых лиц достоверно выше оказались уровни высокочувствительного СРБ (соответственно $9,71 \pm 2,33$, $3,94 \pm 1,13$ и $2,38 \pm 0,76$ мг/л); TNF- α ($8,54 \pm 1,03$, $6,67 \pm 0,82$ и $4,54 \pm 0,58$ пг/мл); IL-6 ($8,96 \pm 2,21$, $6,93 \pm 1,43$ и $4,17 \pm 0,91$ пг/мл); Ag vWF ($277,4 \pm 73,8$, $232,2 \pm 61,7$ и $171,9 \pm 54,2\%$); цистатин С ($1,45 \pm 0,31$, $1,09 \pm 0,26$ и $0,74 \pm 0,19$ мкг/мл и VEGF ($396,8 \pm 79,8$, $319,9 \pm 81,0$ и $267,4 \pm 109,6$ МЕ/мл) и), для всех сравнений $p < 0,05$.

Выводы. Полученные данные могут быть расценены как свидетельство более значительной активации провоспалительных и протромботических процессов при СД-П в сравнении с СД 2 типа, в свою очередь более выраженная воспалительная и прокоагулянтная реакция может представлять собой и определенную особенность, характерную для этой формы диабета, для уточнения этого вопроса требуется дополнительное его изучение в более крупных исследованиях.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С КОМБИНАЦИЕЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Багрий А.Э.¹, Евтушенко А.А.¹,
Михайличенко Е.С.¹, Ефременко В.А.¹,
Супрун О.Е.², Андреева Е.А.²

¹Донецкий государственный медицинский
университет им. М. Горького,

²Дорожная клиническая больница станции Донецк,
г. Донецк

Актуальность. Среди всех заболеваний эндокринной системы сахарный диабет (СД) 2 типа имеет наибольшую распространенность, риск развития сосудистых осложнений и влияние на прогноз. Однако, среди широкого спектра осложнений СД, функциональные изменения со стороны кишечника представлены и изучены недостаточно.

Цель исследования. Изучить клиничко-анамнестические особенности больных с синдромом раздраженного кишечника (СРК) в сочетании с СД 2 типа в сравнении с лицами с СРК без диабета.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 107 больных (42 (39,3%) мужчины и 65 (60,7%) женщин в среднем возрасте $48,9 \pm 9,4$ лет с СД 2 типа и наличием клинических проявлений СРК, кроме того – 52 больных с СРК без диабета (21 (40,4%) мужчина и 31 (59,6%) женщина, средний возраст – $43,7 \pm 6,8$ лет в качестве контрольной группы. У всех больных оценивали жалобы и анамнез, проводили стандартное

объективное и лабораторное обследование в соответствии с современными рекомендациями. Степень выраженности клинических проявлений СРК оценивали по опроснику GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale), проводили опрос на наличие психоэмоционального стресса, перенесенную гастроинтестинальную инфекцию и COVID-19. У ряда больных выполнялась фиброгастроуденоскопия (ФГДС), фиброколоноскопия (ФКС) с последующим морфологическим исследованием биоптатов, определялись наличие антител к глиадину и тканевой трансглутаминазе. Для обработки данных использовали программу Microsoft Excel 2007.

Результаты и обсуждение. Среди больных с СД 2 типа СРК с диареей (СРК-Д) был представлен в 45,8% случаев, лица с СРК с запорами (СРК-З) составили 33,6%, 12,2% приходилось на долю смешанной (СРК-М), и 8,4% на недифференцированную (СРК-Н) форму СРК. В сравнении с группой больных с СРК без диабета, лица с СД 2 типа чаще имели варианты СРК-Д и СРК-М при отсутствии значимых различий в данных гистологических биоптатов слизистой оболочки толстого кишечника. У пациентов с СД и СРК, в сравнении с группой пациентов без СД и СРК, была значимо выше частота гастроинтестинальных проявлений, которые ассоциировались с избыточной массой тела, ожирением и метаболическим синдромом, хроническим стрессом, тревожностью, перенесенной инфекцией COVID-19. Также обнаружено увеличение доли СРК-Д, СРК-М и СРК-Н у пациентов с предшествующей острой гастроинтестинальной инфекцией, приемом нестероидных противовоспалительных препаратов, антибиотиков.

Выводы. Результаты исследования позволяют констатировать наличие у больных с СД 2 типа и СРК ряд значимых клинико-анамнестических особенностей, отличающих их от лиц с СРК без диабета, что следует учитывать при выборе у них оптимальной лечебной тактики.

ОЦЕНКА ЛИПИДНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Багрий А.Э., Андрусак А.Ю., Михайличенко Е.С.,
Рачкелюк В.В., Евтушенко А.А.
Донецкий государственный медицинский
университет им. М. Горького,
г. Донецк

Актуальность. Атерогенные дис- и гиперлипидемии характерные для метаболических нарушений при сахарном диабете 2 типа (СД 2 типа), играют важную роль в прогрессировании атеросклеротических поражений при хронической ишемической болезни сердца (ХИБС).

Цель. Оценить липидный спектр крови у больных с коморбидной патологией.

Материалы и методы. В исследование вошли 137 пациентов имеющих СД 2 типа и ХИБС, из которых женщин 49,3% и 50,7% мужчин в среднем возрасте $63,8 \pm 10,8$ года. Всем больным выполняли стандартные общеклинические и биохимические анализы, включая холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) и триглицериды (ТГ). Использовали биохимический фотометрический кинетический анализатор АБХФк 02 «НПП-ТМ» и наборы производства Россия и Молдова. Иммуоферментным методом определяли уровни аполипопротеина В (апо В), аполипопротеина А1 (апо А1) и липопротеина(а) (Lp(a)). Статистическую обработку выполняли в программе Microsoft Excel 2007.

Результаты. Различные нарушения липидного профиля имелись у всех лиц с диабетом, отмечалось повышение уровней атерогенных липидов: ХС ЛПНП > 3 ммоль/л был у 85,4% обследованных, ТГ $> 1,7$ ммоль/л – у 65,7%, Апо В $> 1,1$ мг/мл – у 64% и Lp(a) > 170 мкг/мл – у 89%. У 123 больных отмечалось группирование нескольких видов нарушений липидного спектра (2 из 4 липидных нарушений описанных выше у 10,9%, 3 из 4 – у 20 %, все – у 57,7%). В половине случаев имелась выраженная степень повышения липидов, а именно ХС ЛПНП > 4 ммоль/л был у 19%, ТГ $> 2,2$ ммоль/л – у 13%, Апо В $> 1,3$ мг/мл – у 26% и Lp(a) > 200 мкг/мл – у 52,5 %. Среди 44 лиц, имевших по 2 и более таких липидных нарушений выраженной степени, в сравнении с 93 больными не имевшими такой выраженности изменений липидного профиля, статистически значимо выше оказались доли тех, кто имел инфаркт миокарда в анамнезе – 31 (70,4%) против 33 (35,5%); процедуры коронарной реваскуляризации ранее – 27 (61,3%) против 9 (9,7%) соответственно, все $p < 0,05$. При анализе лабораторных показателей также было выявлено снижение уровня антиатерогенных липидов: ХС ЛПВП $< 1,2$ ммоль/л у 67% и Апо А1 $< 1,5$ мг/мл у 86% больных.

Выводы. У больных с ХИБС и СД 2 типа отмечались разнообразные липидные нарушения представленные в многокомпонентных комбинациях, что в свою очередь значительно повышает степень их атерогенности и способствует увеличению сердечно-сосудистого риска, а также диктует необходимость комбинированного подхода в лечение этих коморбидных заболеваний.



ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ТЕРАПИИ РИФАКСИМИНА- α НА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С МИНИМАЛЬНОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ И ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ В ТЕЧЕНИЕ 12 МЕСЯЦЕВ НАБЛЮДЕНИЯ

Бакулин И.Г., Иванова К.Н.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить влияние различных режимов рифаксимилина- α в течение 12 месяцев на клинико-лабораторные показатели и качество жизни у пациентов с циррозом печени и минимальной печеночной энцефалопатией.

Материалы и методы. Врачи исследователи проводили скрининг пациентов в соответствии с критериями включения/невключения, получали информированное согласие пациента и включали соответствующих пациентов в исследование.

В исследование было включено 288 пациентов с ЦП и МПЭ обоих полов в возрасте старше 18 лет, которым лечащим врачом был назначен курс лечения лекарственным препаратом рифаксимилина- α в соответствии с инструкцией по медицинскому применению и личным опытом лечащего врача. Назначение курса лечения не зависело от исследования, и определялось самостоятельно врачом.

Для статистического анализа были выделены две группы по степени полноты прохождения курса лечения. Группа 1 ($n=41$) (полный курс) включала в себя пациентов, число дней приема исследуемого препарата у которых в течение года составило 360 дней и более. К группе 2 ($n=217$) (циклический курс) были отнесены пациенты, число дней приема исследуемого препарата у которых в течение года было менее 360 дней.

Критерии включения/невключения:

1. Пациенты любого пола в возрасте старше 18 лет;
2. Установленный диагноз ЦП и МПЭ. МПЭ устанавливалась в том случае, если пациенту требовалось от 41 до 60 секунд для выполнения теста связи чисел (ТСЧ) при отсутствии изменений неврологического статуса;
3. Пациенту был назначен курс лечения препаратом рифаксимилина- α до включения в исследование;
4. Наличие подписанного пациентом информированного согласия на включение в исследование и обработку персональных данных.

Пациент не мог быть включен в исследование или должен был быть исключен из исследования, если соответствовал хотя бы одному из нижеприведенных критериев неключения:

1. Противопоказания для применения препарата рифаксимилина- α ;
2. Иные кроме ЦП причины ПЭ;
3. Эпизод явной ПЭ в анамнезе;
4. Злокачественные новообразования;
5. Запланированная на период времени исследования хирургическая операция (любая);
6. Беременность, кормление грудью или фертильные женщины, не использующие методы контрацепции;
7. Участие в другом клиническом исследовании в настоящее время или в последние 30 дней;
8. Любые другие причины медицинского и немедицинского характера, которые по мнению врача могут препятствовать участию пациента в исследовании;

Результаты и обсуждение. Как известно, вес у пациентов с ЦП может снижаться. Однако, в нашем исследовании отрицательной динамики веса не наблюдалось и среднее значение веса пациентов не имело достоверного снижения за весь период наблюдения.

Тест связи чисел (ТСЧ), с помощью которого оценивают зрительно-пространственную ориентацию пациента и скорость психомоторного движения у пациентов с ПЭ, показал достоверное снижение времени выполнения и баллов теста в течение периода наблюдения как для общей группы, так и для каждой из групп.

По результатам анализа распределения пациентов, согласно классификации Чайлд-Таркотта-Пью, в общей группе среднее значение баллов достоверно снижалось от первого к последнему визиту. С другой стороны, при анализе в группах был получен неожиданный результат: в группе 2 среднее значение баллов достоверно снижалось ($p<0,05$), а в группе 1 различия между визитами не были достоверны ни в одной паре значений, при тенденции к росту среднего значения между 3 и 4 визитами.

Шкала Лайкерта, включающая оценку по 4 баллам (от 0 – минимальное проявление, до 3 – максимальное проявление), использовалась для оценки врачом оценки ряда таких симптомов и проявлений ПЭ, как: нарушение зрения, снижение внимания и памяти, замедление мыслительного процесса, нарушение концентрации внимания. Наблюдалось отчетливое и достоверное снижение среднего балла как в общей группе, так и в группах 1 и 2, однако, различия между группами 1 и 2 установлены не были во всех случаях за исключением показателя «производительность».

По результатам опросника CLDQ было отмечено достоверное увеличение среднего итогового балла от визита 1 до визита 4 как в общей группе, так и в группах 1 и 2. Различия между группами были недостоверны.

Выводы. Все исследуемые показатели, включая качество жизни, тест связи чисел, симптомы, связанные с ПЭ, уровень аммиака в крови продемонстрировали положительную динамику в общей группе пациентов, завершивших исследование согласно протоколу.

По результатам статистического анализа, разделение популяции на группы по продолжительности курса лечения, показало различие между группами в более выраженном снижении времени на выполнение теста связи чисел, уменьшении выраженности таких симптомов как снижение внимания и памяти, замедление мыслительного процесса, нарушение концентрации внимания и снижение производительности, что может свидетельствовать о преимуществе непрерывного назначения рифаксимины- α для пациентов с циррозом печени и ПЭ.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ЭПИГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В РАЗВИТИИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ К МЕТОТРЕКСАТУ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Балан О.В.¹, Малышева И.Е.¹,
Марусенко И.М.², Барышева О.Ю.²

¹Институт биологии
Карельского научного центра РАН,
²Медицинский институт
им. профессора А.П. Зильбера,
г. Петрозаводск

Сочетание генетических и эпигенетических факторов может стать перспективным подходом в выявлении новых диагностических и терапевтических биомаркеров ревматоидного артрита (РА), а также для оценки прогноза и эффективности применяемой терапии.

Цель данного исследования заключается в изучении роли полиморфного варианта rs946631560 гена SLC19A1 и энхансерной РНК SLC19A1-AS (LOC121627927) в формировании терапевтического ответа у больных РА на базисный противовоспалительный препарат МТХ.

Материалы и методы. В исследование включены условно здоровые доноры (222 чел, средний возраст $50 \pm 1,7$) и пациенты с РА (204 чел, средний возраст $59 \pm 1,2$) с положительным ответом на терапию МТХ, с отрицательной динамикой на данный вид терапии и с непереносимостью препарата. Диагноз РА устанавливался по критериям ACR/EULAR 2010 г. Эффективность терапии оценивали на основании клинико-лабораторных показателей. Критерии исключения для всех групп: наличие сахарного диабета; перенесенные в последний месяц инфекционно-воспалительные заболевания; курение табака; беременность и лактация; злоупотребление алкоголем; индекс массы тела ≥ 28 кг/м². Добровольное информированное согласие получено от всех участников исследования. В работе использованы: набор «DiaGene» и «PureZol» (выделение ДНК и тотальной РНК соответственно); MMLV RT kit и qPCRmix-HS

SYBR (для проведения обратной транскрипции и ПЦР в режиме реального времени). Нуклеотидная последовательность праймеров: для SLC19A1 (rs946631560) прямой 5'-CCGTGGGTGGGAGGGTGC-3', обратный 5'-CGGACTCCGGGACTACAGC-3'; для SLC19A1-AS (LOC121627927) прямой CACGGGCGTCTCAAAACATTC-3', обратный 5'-TCGAGGCGACAAGAATGGAG-3'. Статистическая обработка данных проведена в программе StatGraphics Centurion XVI версия 16.1.11. Исследования выполнены на научном оборудовании ЦКП ФИЦ КарНЦ РАН. Финансовое обеспечение исследований осуществлялось из средств федерального бюджета на выполнение государственного задания КарНЦ РАН (FMEN-2022-0009).

Результаты и обсуждение. Одним из механизмов, лежащих в основе развития резистентности к МТХ, может быть нарушение процессов внутриклеточного введения и выведения данного лекарственного препарата. Поступление МТХ в клетку опосредуется различными транспортными системами, в первую очередь, восстановленным переносчиком фолатов (RFC1) и рецепторами фолиевой кислоты (FRs). Проведено исследование роли инсерционно-делеционного полиморфизма гена SLC19A1 в формировании терапевтического ответа на МТХ. Обнаруженные различия в распределении частот аллелей и генотипов по полиморфному маркеру rs946631560 гена SLC19A1 в группе условно здоровых доноров и пациентов с РА позволили сделать вывод о вовлечении данного полиморфного варианта в развитие РА. Наличие инсерции длиной 22 н.п. в интроне (генотип I/I по rs946631560) повышает риск развития РА почти в 2,5 раза и сопровождается не только формированием резистентности к МТХ, но и развитием токсического эффекта (OR=2,409; DI: 1,915-3,172). Носители же D/D генотипа напротив более восприимчивы к данной терапии и имеют более высокие шансы положительного исхода терапии. Проведена сравнительная оценка содержания мРНК гена SLC19A1 в ЛПК здоровых людей и больных РА носителей разных генотипов по rs946631560. У носителей D/D генотипа уровень экспрессии SLC19A1 значимо выше по сравнению с носителями I/I и I/D генотипов, как в контрольной группе, так и в группах пациентов с РА по разному отвечающих на терапию МТХ ($p < 0.01$). Показано участие энхансерной РНК SLC19A1-AS (LOC121627927) в развитии резистентности к терапии метотрексатом. Установлено статистически значимое повышение SLC19A1-AS в группе пациентов больных РА с положительным ответом на терапию МТХ. Наиболее изученный способ взаимодействия днРНК с хроматином это образование R-петель, которые долгое время считались угрозой стабильности генома. Однако именно через образование R-петель энхансерной РНК регулируют экспрессию генов. Формирование R-петли в CpG-богатой области промоторного региона гена приводит к рекрутированию фактора деметилирования ДНК TET1, что в конеч-

ном итоге ведет к активации транскрипции. Нами была выявлена положительная корреляция между SLC19A1-AS и SLC19A1. Коэффициент ранговой корреляции Спирмена составил 0,54 ($p < 0,05$).

Выводы. В результате проведенных исследований впервые выявлена ассоциация инсерционно-делеционного полиморфизма rs946631560 гена SLC19A1 с риском развития РА, а также показано его участие в развитии лекарственной устойчивости к МТХ у больных РА. Установлена роль некодирующей энхансерной РНК SLC19A1-AS в формировании терапевтического ответа на МТХ.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНАКТИВИРОВАННОЙ ТРЕХВАЛЕНТНОЙ ГРИППОЗНОЙ СПЛИТ-ВАКЦИНЫ У БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ

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

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

Цель исследования. Изучить иммуногенность, эффективность и безопасность трехвалентной инактивированной гриппозной сплит-вакцины у больных воспалительными заболеваниями суставов (ВЗС): ревматоидным артритом (РА), анкилозирующим спондилитом (АС) и псориатическим артритом (ПсА).

Материалы и методы. В открытое проспективное сравнительное исследование было включено 74 пациента с РА, 62 – АС, 14 – ПсА (из них женщин – 86, мужчин – 64) и 97 человек контрольной группы (КГ) без ВЗС. Набор пациентов осуществляли на протяжении шести эпидемических сезонов: 2016-2017, 2017-2018, 2018-2019, 2020-2021, 2021-2022, 2022-2023 гг. Большинство пациентов (78,7%) на момент включения в исследование получали иммуносупрессивную терапию – генно-инженерные биологические препараты ± базисные противовоспалительные препараты или метотрексат/лефлуномид, 1 пациент получал тофацитиниб. Трехвалентную инактивированную гриппозную сплит-вакцину вводили в количестве 1 дозы (0,5 мл) внутримышечно на фоне проводимой противоревматической терапии независимо от активности основного заболевания. Уровень антител (АТ) класса G к гемагглютинину вирусов гриппа А (H1N1), А (H3N2) и В, измерявшегося в единицах оптической плотности, оценивали с помощью иммуноферментных тест-систем (ООО «ППДП» г. Санкт-Петербург) исходно, через 1–3 месяца и через 6 месяцев после вакцинации. Также оценивали клиническую эффективность и безопасность инактивированной трехва-

лентной гриппозной сплит-вакцины, в т.ч. влияние на активность РА, АС и ПсА по динамике индексов DAS28, BASDAI и DAPSA.

Результаты. За время наблюдения эпизоды гриппа или гриппоподобного заболевания отсутствовали у 98,6% пациентов, завершивших исследование. К визиту II после вакцинации отмечено значимое ($pI-II \leq 0,000009$) повышение уровня АТ ко всем трем вакцинным штаммам как у больных РА, так и спондилоартритами – АС, ПсА. К визиту III (6 мес. после вакцинации) отмечалось некоторое снижение иммунного ответа, однако, уровень АТ оставался достоверно ($pI-III \leq 0,0001$) выше исходного для всех штаммов вируса гриппа, за исключением гриппа В в группе больных РА ($pI-III = 0,8$). Частота местных поствакцинальных реакций у пациентов с РА составила 18,3%, системных ПВР – 5,6%, у пациентов с АС и ПсА – 14,5% и 1,3%, а также в КГ – 15,6% и 3,1% соответственно. Негативного влияния вакцинации на активность основного ревматического заболевания не отмечено.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о достаточной эффективности, иммуногенности и безопасности инактивированной трехвалентной гриппозной сплит-вакцины у больных ВЗС. Дальнейшие исследования необходимы для оценки влияния проводимой терапии на иммуногенность, а также для подтверждения высокой безопасности указанной вакцины.

ГЕНЕРАЦИЯ ВНЕКЛЕТОЧНЫХ ЛОВУШЕК ЦИРКУЛИРУЮЩИМИ МОНОЦИТАМИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТОМ

Бедина С.А.¹, Мозговая Е.Э.², Спицина С.С.¹,
Мамус М.А.², Трофименко А.С.²

¹Волгоградский государственный
медицинский университет,

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

Известно, что в патогенезе аутоиммунного воспаления при ревматоидном артрите (РА) принимают участие различные клетки иммунной системы, в том числе, нейтрофилы и моноциты. При этом уже доказанным фактом является значительная роль внеклеточных ловушек нейтрофилов, как в инициации, так и в прогрессировании РА. В тоже время, о способности моноцитов, наряду с нейтрофилами, к генерации внеклеточных ловушек заговорили совсем недавно. Вероятно, что и внеклеточные ловушки моноцитов (МЕТ) могут выступать как источник аутоантигенов при РА.

Цель исследования. Оценить способность моноцитов к образованию внеклеточных ловушек у больных с РА.

Материалы и методы. Исследование было проведено в соответствии с принципами Хельсинкской декларации WMA после одобрения местным этическим комитетом. Выделение циркулирующих моноцитов из периферической крови производили одноэтапным центрифугированием в градиенте йогексола с плотностью 1068 кг/м³ в оригинальной модификации. 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. Стимулировали образование внеклеточных ловушек моноцитами с помощью ФМА. Оценивали образование спонтанных и ФМА-индуцированных моноцитарных внеклеточных ловушек методом люминесцентной микроскопии. Статистическую обработку полученных данных выполняли с использованием программы «STATISTICA 10.0» для Windows. Результаты выражали как среднее арифметическое (95% доверительный интервал) (M (95% ДИ)). Статистически значимыми считали различия центральных тенденций при перекрывающихся 95% ДИ

Результаты и обсуждение. В исследование включены 37 больных РА (31 (84%) женщина и 6 (16%) мужчин), средний возраст – 42,7 (42,3-43,1) лет, средняя продолжительность болезни – 1,5 (1,3-1,7) лет, находившиеся на лечении в клинко-диагностическом отделении ФГБНУ «НИИ КиЭР им. А.Б. Зборовского» или на стационарном лечении в ревматологическом отделении ГУЗ «ГКБСМП №25» г. Волгограда. Верификация диагноза проводилась на основе критериев ACR/EULAR 2010. Контрольную группу составили 30 практически здоровых людей. Активность РА оценивали по шкале DAS28. На момент включения в исследование активность заболевания по DAS28 не превышала 2,6 балла. Все больные после отбора и включения их в исследование проходили динамический контроль с определением активности заболевания 3 раза в течение года: через 3, 8 и 12 месяцев. При этом у 16 больных определялось увеличение активности РА по шкале DAS28 выше 3,2 балла. Полученные клеточные фракции содержали низкий процент примесей и небольшое количество активированных и нежизнеспособных клеток. На момент включения в исследование у больных неактивным РА наблюдалось увеличение числа моноцитов, образующих внеклеточные ловушки как спонтанных, так и индуцированных по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). Активация РА сопровождалась значительным приростом доли моноцитов, находящихся в состоянии метоза как по сравнению со здоровыми лицами ($p < 0,05$), так и по сравнению группой больных с неактивным РА ($p < 0,05$). Темп прироста спонтанного и индуцированного образования внеклеточных ловушек моноцитами составил 114,7% и 44,2%, соответственно. В целом темп прироста спонтанной генерации внеклеточных ловушек в моноцитарной

фракции выше стимулированной в 2,6 раза. У больных РА, позитивных по АЦЦП наблюдалось незначительное превышение спонтанного и индуцированного образования ловушек моноцитами по сравнению с негативными больными по этому маркеру ($p > 0,05$).

Выводы. У больных неактивным РА по сравнению со здоровыми определялся существенный рост способности моноцитов к образованию спонтанных и индуцированных внеклеточных ловушек моноцитов. Активация РА сопровождалась дальнейшим ростом доли моноцитов, генерирующих внеклеточные ловушки. Полученные данные дают основание предположить возможное участие моноцитарных внеклеточных ловушек, наряду с нейтрофильными внеклеточными ловушками, в инициации и поддержании аутоиммунного воспаления при РА. Дальнейшие исследования в этом направлении вероятно могут способствовать определению более точной роли моноцитов и генерируемых ими ловушек в патогенезе РА и разработке новых методов лечения, локально направленных на определенные патологические звенья иммунного ответа.

СОЧЕТАНИЕ ДЕПРЕССИИ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Бейлина Н.И.

Казанская государственная медицинская академия,
г. Казань

Введение. В России отмечена высокая распространенность гипертонической болезни (ГБ) среди гериатрических пациентов. Депрессия также нередко возникает у этих пациентов, частота встречаемости депрессии доходит до 35%. Выявлено взаимное негативное влияние этих заболеваний, возможное сочетание с когнитивными нарушениями.

Цель. Выявить распространенность депрессии у гериатрических пациентов с ГБ, особенности течения ГБ на фоне депрессии.

Материалы и методы. Набраны две группы: 1 группа – 33 человека, в т.ч. 10 мужчин, средний возраст $70 \pm 0,61$ лет (пожилые); 2 группа – 87 человек, в т.ч. 27 мужчин, средний возраст $81,33 \pm 0,46$ год (старший возраст). Проведены: сбор анамнеза, осмотр, измерение артериального давления, тестирование по гериатрической шкале депрессии (Geriatric Depression Scale, GDS-15), краткой шкале оценки психического статуса (MMSE). Статистическая обработка: критерий Пирсона, с поправкой Йейтса, точный критерий Фишера, критерий Стьюдента (достоверная разница при $p < 0,05$).

Результаты. У пожилых ГБ выявлена у 100% мужчин и у 78,3% женщин ($p > 0,05$). У лиц старшего возраста ГБ выявлена у 90% женщин, у 85,2% мужчин – $p > 0,05$.

Среди лиц пожилого возраста с ГБ вероятная депрессия была у 43,5% женщин и у 30% мужчин – $p > 0,05$; среди лиц старческого возраста с ГБ – у 66,7% и 77,8% соответственно ($p > 0,05$). Не обнаружено статистически значимых гендерных различий по выявлению вероятной депрессии в группах, по распространенности вероятной депрессии среди женщин разных возрастов так же не выявило статистически значимых различий ($p > 0,05$). Вероятная депрессия в старческом возрасте чаще, чем среди пожилых ($p < 0,05$).

Среди пожилых женщин с ГБ и вероятной депрессией предметные когнитивные нарушения – у 34,8%; среди мужчин с ГБ и вероятной депрессией – 40% ($p > 0,05$), деменция легкой степени – у 13,1% женщин, деменция умеренной степени – у 17,4% женщин и 20% мужчин ($p > 0,05$), тяжелая деменция – у 4,3% женщин.

Среди стариков с ГБ и вероятной депрессией предметные когнитивные нарушения – у 33,3% женщин и у 37% мужчин – $p > 0,05$; деменция легкой степени – у 20% женщин и у 18,5% мужчин – $p > 0,05$; деменция умеренной степени – у 23,3% женщин и у 11,1% мужчин – $p > 0,05$, тяжелая деменция – у 3,3% женщин.

У пациентов 1-ой группы контроль над ГБ осуществлялся у 21% женщин и 15% мужчин – $p > 0,05$. Среди пациентов 2-ой группы контроль над ГБ осуществлялся у 18% женщин и 13% мужчин – $p > 0,05$.

Выводы. ГБ в сочетании с вероятной депрессией широко распространена среди гериатрических пациентов, вероятная депрессия в старческом возрасте чаще, чем среди пожилых. Особенности течения ГБ в сочетании с депрессией является низкий контроль над гипертензией и частое выявление когнитивных нарушений.

АНАЛИЗ БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЯЮЩИХСЯ ПРИ ОСТЕОПОРОЗЕ

Бейтуллаев А.М.¹, Егорова Е.А.¹, Матвеев А.В.²

¹Крымский федеральный университет
им. В.И. Вернадского,
г. Симферополь,

²Российская медицинская академия
непрерывного профессионального образования,
Москва

Остеопороз (ОП) – хроническое заболевание костей скелета, которое связано с нарушением обмена веществ, проявляющееся прогрессирующим снижением плотности и нарушением структуры костной ткани. ОП представляет собой глобальную проблему системы здравоохранения, приводя к миллионам переломов во

всем мире, а также к ухудшению физического и психологического здоровья, снижению качества жизни и сокращению продолжительности жизни.

Проведение фармакотерапии ОП ассоциировано с применением лекарственных средств (ЛС) различных фармакологических групп, оказывающих влияние на различные механизмы регуляции костного гомеостаза. Согласно клиническим рекомендациям Министерства здравоохранения РФ по лечению ОП от 2021 г. основными группами лекарственных препаратов (ЛП), применяющимися при проведении лечения ОП, являются: препараты кальция в комбинации с витамином D, препараты, влияющие на структуру и минерализацию костей (бисфосфонаты, деносумаб, стронция ранелат, остеогенон), препараты, регулирующие обмен кальция (терипаратид).

Хроническое течение ОП предусматривает необходимость в проведении длительной фармакотерапии пациентов, что соответственно увеличивает вероятность возникновения нежелательных реакций (НР) при применении различных групп ЛП.

Цель исследования. Проведение анализа НР ЛП, применяющихся для лечения ОП, с целью оценки безопасности препаратов.

Материалы и методы. Объектом исследования стали спонтанные сообщения, зарегистрированные в автоматизированной информационной системе (АИС) «АИС-Росздравнадзор». Критериями отбора карт-извещений о НР лекарственных средств стало наличие в категории «ЛС, предположительно вызвавшие НР» препаратов групп M05BA – бисфосфонаты, M05BX – другие препараты, влияющие на структуру и минерализацию костей, и отдельных ЛП: N05AA02 – терипаратид, A12AX – препараты кальция в комбинации с витамином D (в соответствии с анатомо-терапевтической-химической классификацией ЛС, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения). Исследуемый период – с 01.01.2022 года по 31.12.2022 года.

Результаты и обсуждение. За представленный период в базе «АИС-Росздравнадзор» было выявлено 52 спонтанных сообщения, содержащих информацию о развитии НР при применении изучаемых ЛП. Наиболее часто НР развивались при приеме золедроновой кислоты (17 случаев, 32,7%), также зарегистрированы случаи НР при использовании комбинации кальция карбоната с колекальциферолом (13 случаев, 25%) и колекальциферола в виде монопрепарата (11 случаев, 9,6%).

Анализ случаев развития НР по гендерному признаку позволил выявить преимущественное проявление НР у женщин (44 случая, 84,6%), чем у мужчин (6 случаев, 11,5%). В двух случаях развития НР указания на пол пациента отсутствовали (3,8%). Изучение возрастных категорий пациентов с клиническими проявлениями НР позволило обнаружить более частое развитие НР у пациентов в возрасте от 61 до 75 лет (16 случаев, 30,8%) и в возрастной категории от 31 до 45 лет (11 случаев, 21,1%). Отдельное внимание стоит уделить категории пациентов дошкольного возраста: карты-из-

вещения содержали информацию о развитии НР после применения ЛП у детей возрастом от 1 месяца до года (2 случая, 3,8%), от двух до трех лет (2 случая 3,8%) и в возрасте 7 лет (1 случай, 1,9%). Показанием к применению ЛП чаще всего являлся ОП (13 случаев, 25%), в 24 случаях (46,1%) показания к применению в карте-извещении указаны не были.

Клиническими признаками НР ЛП являлись: проявления аллергических реакций, такие как дерматит (9 случаев, 17,3%), зуд (8 случаев, 15,4%), гиперчувствительность (4 случая, 7,7%) и анафилаксия (1 случай, 1,9%), боли различной локализации (5 случаев, 9,6%). По серьезности НР классифицировались как клинически значимое событие в 25 случаях (48,1%), в 13 случаях (25%) пациентам требовалась госпитализация или ее продление. Отдельного внимания заслуживают случаи с отсутствием зависимости ответа на лечение от дозы (1 случай, 1,9%) и неэффективность ЛП (5 случаев, 9,6%). Также описан случай развития НР, проявившийся в виде развития генитального кровотечения у двух беременных женщин (3,8%) при применении колекальциферола.

В ходе оценки исхода НР преимущественно отмечалось выздоровление без последствий (18 случаев, 34,6%) и улучшение состояния пациента (12 случаев, 23,1%); в 7 случаях (13,5%) отмечалось состояние без изменений, в 14 случаях (26,9%) исход неизвестен. Был зафиксирован один случай (1,3%) летального исхода на фоне применения золедроновой кислоты у пациента женского пола 42 лет, показанием к применению которой являлась злокачественная меланома.

Выводы. Изучение случаев развития НР при применении ЛП, применяющихся для лечения ОП, позволяет определить особенности пациентов с ОП, выявлять возрастные категории риска развития НР, оценивать возможные риски при применении представленной группы препаратов, а также расширять знания о принципах рационального применения ЛП, что способствует надлежащей клинической практике применения препаратов данной группы и улучшению комплаентности пациентов.

ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫЙ ХОЛЕСТАЗ БЕРЕМЕННЫХ И ТЯЖЕЛАЯ СОПУТСТВУЮЩАЯ ДЕПРЕССИЯ

Беккер Р.А.¹, Быков Ю.В.²

¹Университет им. Давида Бен-Гуриона в Негеве,
г. Беэр-Шева, Израиль,

²Ставропольский государственный
медицинский университет,
г. Ставрополь

Цель. Представить описание клинического случая женщины с внутрипеченочным холестазом берем-

енных (ВХБ) и коморбидной тяжелой депрессией. К ремиссии привело одновременное комплексное лечение обоих заболеваний, которое было спланировано совместно психиатром, терапевтом и акушером-гинекологом, с учетом литературных данных об общности некоторых механизмов их патогенеза.

Материал и методы. Наблюдалась 29-летняя первородящая. С 24-й недели гестации начали развиваться кожный зуд с усилением к ночи (сначала преимущественно ладонно-подошвенный, затем генерализованный), бессонница, тревога, депрессия, тошнота, анорексия, суицидальные мысли. Женщина начала терять вес, вместо ожидаемой прибавки. В ее крови были повышены желчные кислоты, печеночные трансаминазы, сахар, С-реактивный белок. Терапевтом был поставлен, а акушером-гинекологом затем подтвержден диагноз ВХБ (О26.6). Психиатром был поставлен диагноз большого депрессивного эпизода тяжелой степени без психотических симптомов (F32.2).

С учетом данных о том, что в патогенезе ВХБ может играть роль избыточная стимуляция серотониновых рецепторов печени (плацента, среди прочих веществ, производит серотонин), что серотонинергические антидепрессанты (АД) иногда сами могут спровоцировать развитие холестаза (причем не только у беременных), и что наличие у того или иного психотропного препарата 5-НТ2А/С и 5-НТ3 антагонизма может быть полезным в купировании как кожного зуда, так и собственно холестаза – психиатром были назначены обладающие нужным рецепторным профилем АД миртазапин (30 мг на ночь) и атипичный антипсихотик оланзапин (5 мг на ночь).

Кроме того, пациентке были совместно назначены гепатопротекторы, антиагреганты и антиоксиданты: урсодезоксихолевая кислота 1500 мг/сут, адеметионин 1200 мг/сут, ресвератрол 250 мг/сут, аспирин 100 мг/сут, мелатонин 3 мг на ночь, эссенциальные фосфолипиды, комплекс витаминов группы В, омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК). С учетом того, что холестаз всегда приводит к нарушению всасывания жирорастворимых витаминов – были добавлены витамины D, E, K.

С учетом повышенного уровня гликемии в крови натощак, а также с учетом данных о пользе метформина в лечении как ВХБ, так и депрессии, и для предотвращения возможного чрезмерного набора веса на миртазапине с оланзапином – психиатром по согласованию с эндокринологом был добавлен метформин 2000 мг/сут. Поскольку это не привело к полной нормализации гликемии натощак, то акушером-гинекологом, также по согласованию с эндокринологом, был позднее добавлен глибенкламид 5 мг утром.

Ранее назначенный акушером-гинекологом для сохранения беременности вагинальный прогестерон был заменен им же на оксипрогестерона капронат (ОПК) в/м, поскольку в литературе имеются данные о том, что 17-альфа-оксипрогестерон, в отличие от прогестерона, не усугубляет ВХБ.

На 32-й неделе ОПК по рекомендации акушера-гинеколога был отменен. На 34-й неделе женщина была госпитализирована в предродовое отделение, получила короткий курс высоких доз дексаметазона (12 мг/сут 7 дней подряд) с целью ускорения созревания легких плода. Досрочные роды были индуцированы на 35-й неделе. Родилась здоровая слегка недоношенная девочка с массой тела, примерно соответствующей гестационному возрасту (2440 г). После года она догнала в развитии доношенных сверстников.

Результаты. Проведенное лечение позволило эффективно купировать как депрессию, тревогу и бессонницу, анорексию, тошноту, так и связанный с холестазами кожный зуд, стабилизировать биохимические показатели функции печени, предотвратить развитие тяжелой послеродовой депрессии. Кроме того, удалось избежать неблагоприятных последствий для плода. Все это стало возможным благодаря тому, что некоторые гепатопротекторы – попутно могут быть антидепрессивны и прокогнитивны, а некоторые АД – могут быть гепатопротективны в контексте холестаза беременных, а также могут иметь полезную в данном контексте снотворную, противозудную, антисеротониновую (анти-холестатическую), противорвотную и орексигенную активность.

Выводы. При ведении пациенток с ВХБ и коморбидной депрессией акушер-гинеколог, врач-психиатр, эндокринолог и врач-терапевт должны быть союзниками, тесно общающимися друг с другом и работающими в одной команде. В связи с этим очень важно повышение квалификации всех категорий специалистов, сталкивающихся с ведением беременных, их знаний об общности ряда механизмов патогенеза ВХБ и депрессии беременных, и о методах лечения одновременно обоих состояний. А при подборе психотропных препаратов у таких пациенток необходимо учитывать не только безопасность их для беременных, но и наличие у того или иного препарата противорвотной, противозудной, орексигенной и антисеротониновой (анти-холестатической) активности.

ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ С ДЛИТЕЛЬНОЙ ПЕРСИСТЕНЦИЕЙ АНТИГЕНА SARS-COV-2

Беккер Р.А.¹, Быков Ю.В.²

¹Университет им. Давида Бен-Гуриона в Негеве,
г. Беэр-Шева, Израиль,

²Ставропольский государственный
медицинский университет,
г. Ставрополь

Цель. Представить описание интересного клинического случая, в котором у пациента, перенесшего COVID-19 в острой форме, на протяжении почти

6 месяцев после этого отмечались персистенция антигена SARS-CoV-2, повышенные уровни маркеров воспаления, симптомы со стороны психики, органов дыхания и опорно-двигательного аппарата. Комплексное психотропное, специфическое противовирусное (анти-SARS-CoV-2), иммуномодулирующее, антиоксидантное и противовоспалительное лечение привело к выздоровлению пациента от постковидного синдрома.

Материал и методы. Наблюдался 26-летний на момент первого обращения за консультацией к соавторам настоящего тезиса пациент. Страдал ожирением (ИМТ=31,1). В сентябре 2022 года амбулаторно перенес COVID-19 в легкой форме. После выздоровления от острой фазы заболевания пациент стал предъявлять жалобы на быструю утомляемость, физическую слабость, «туман в голове», трудности с памятью и концентрацией внимания, одышку, хронический кашель, периодически возникающие «летучие» боли в тазу, коленях и лодыжках.

Пациент ранее обращался с этими жалобами к психиатру, получил назначение флувоксамина до 200 мг/сут (в 2 приема по 100 мг) и агомелатина 25 мг на ночь. Эффект от данного лечения был минимальным и выразился преимущественно в нормализации сна и снижении тревожности. Влияния на когнитивную симптоматику или на симптомы телесного страдания пациент не отметил.

В феврале 2023 года пациент обратился за консультацией к соавторам данного тезиса. Был направлен на дообследование. При этом было обнаружено, что, несмотря на почти 6 месяцев, прошедшие с момента выздоровления от острой фазы заболевания, в отделяемом носоглотки пациента все еще присутствует антиген SARS-CoV-2. В плазме крови пациента были значительно повышены уровни С-реактивного белка (25 мг/л) и интерлейкина-6 (44,6 пг/мл).

Пациент сообщил, что, имея родственников в одной из европейских стран, «может достать любые европейские лекарства». На основании результатов, полученных при обследовании, пациенту был назначен первый специфический противовирусный препарат, эффективный против вируса SARS-CoV-2 – комбинированный препарат нирматрелвир/ритонавир, на 14 дней, с временным прекращением приема флувоксамина и агомелатина на этот же срок, во избежание нежелательных межлекарственных взаимодействий (ритонавир и флувоксамин могут сильно повышать концентрации друг друга в крови).

После этого доза флувоксамина была увеличена до 300 мг/сут (150 мг x 2 раза), агомелатин заменен на 3 мг мелатонина на ночь, добавлены иммуномодулирующие, антиоксидантные и противовоспалительные препараты, в отношении которых в литературе имеются предварительные данные об их возможной эффективности при постковидном синдроме – маравирик (антагонист CCR5 хемокинового рецептора) 300 мг x 2, аторвастатин 20 мг на ночь, метформин с постепенным доведением дозы до 2000 мг/сут, куркумин 500 мг/сут,

ресвератрол 250 мг/сут, витамины, микроэлементы. Позднее по соображениям экономического характера маравирик был заменен на гидроксихлорохин 200 мг на ночь. В дальнейшем схема поэтапно упрощалась, вплоть до полной отмены всех лекарств.

Результаты и обсуждение. Данное лечение на протяжении 6 месяцев привело к становлению у пациента полной клинической ремиссии как по линии психического состояния и когнитивного функционирования, так и по линии симптомов со стороны органов дыхания и опорно-двигательного аппарата. Уровни С-реактивного белка и интерлейкина-6 нормализовались (3 мг/л и 1,77 пг/мл, соответственно, в анализе от мая 2023 года). Кроме того, пациент похудел на 24 кг (ИМТ=22,5).

Этот клинический случай иллюстрирует, что комбинированное психотропное, специфическое противовирусное (анти-SARS-CoV-2), противовоспалительное, антиоксидантное и иммуномодулирующее лечение может быть эффективным у пациентов с тяжелым постковидным синдромом, продолжающимся антигеновыделением и выраженными иммунопатологическими и когнитивными нарушениями.

Выводы. При выборе лечения у пациентов с тяжелым постковидным синдромом необходимо принимать во внимание как характер имеющейся клинической симптоматики, так и наличие или отсутствие продолжающегося антигеновыделения, а также результаты исследования цитокинового профиля крови, оксидативного и нутритивного статуса и метаболических параметров пациента.

ПОСТИНФАРКТНАЯ ДЕПРЕССИЯ: ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ

Беккер Р.А.¹, Быков Ю.В.²

¹Университет им. Давида Бен-Гуриона в Негеве,
г. Беэр-Шева, Израиль,

²Ставропольский государственный
медицинский университет,
г. Ставрополь

Цель. Представить один из клинических случаев постинфарктной депрессии (ПИД) из практики авторов. Подчеркнуть особенности тактики ведения таких пациентов как со стороны психиатра, так и со стороны терапевта.

Материал и методы. Наблюдался 60-летний мужчина, по профессии инженер, с ПИД и избыточной массой тела (ИМТ=29,4). Комплаентность к назначенным участковым терапевтом после выписки из кардиологического отделения стационара препаратам (аспирин 100 мг/сут, аторвастатин 20 мг/сут, небиволол 5 мг х 2, амлодипин 5 мг х 2) – полностью отсутствовала. Пациент считал, что «они вызывают у меня депрессию».

Психиатром данному пациенту был установлен диагноз «большой депрессивный эпизод средней тяжести» (F32.1). Были назначены обладающий, благодаря своему сигма-рецепторному агонизму, кардиопротективными и противовоспалительными свойствами антидепрессант (АД) флувоксамин с доведением дозы до 200 мг/сут, метформин с доведением дозы до 2000 мг/сут, омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты, L-ацетилкарнитин, инозин, витамины группы В.

Результаты. После 2 недель лечения у психиатра пациент стал адекватнее воспринимать аргументы психиатра, участкового терапевта и родственников. Он дал себя убедить (со ссылками на исследования, которые внимательно читал) в том, что аспирин и аторвастатин – в действительности могут быть антидепрессивны, а небиволол и амлодипин – чаще всего оказываются нейтральны в отношении депрессии (редко ее сами вызывают или усугубляют).

Только после этого пациент согласился возобновить прием ранее назначенных участковым терапевтом лекарств. После 2 месяцев лечения у психиатра и терапевта пациент вышел в ремиссию по линии ПИД, вернулся к посильной работе по специальности.

Выводы. Развитие ПИД, как и вообще развитие депрессий и сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) – тесно связано с воспалением. Поэтому подбор АД с учетом наличия у него кардиопротективных и противовоспалительных свойств, а также назначение метаболической терапии, способной благоприятно повлиять как на течение основного ССЗ, так и на симптоматику коморбидной депрессии – очень важны в лечении ПИД.

Важно также учитывать при общении интеллектуальный уровень пациента, наличие или отсутствие у него запроса на подробные разъяснения сути его заболевания и обоснованности тех или иных назначений, на предоставление доказательной базы и т.п.

Не менее важно поддерживать высокий уровень такта в общении, избегать давления и навязывания, общения с позиции превосходства и всезнания. Особенно важным это нередко оказывается как раз в общении с представителями старшего поколения.

НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Беляева Е.Л.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Выявить выраженность нарушений нутритивного статуса у пожилых пациентов с тяжелой хронической сердечной недостаточностью (ХСН): дефицит соматического белка по показателю

тощей массы тела (ТМТ) и дефицит висцерального белка по уровню общего белка в биохимическом анализе крови.

Материалы и методы. В исследование были включены 42 пациента мужского пола, из которых I группу составили 24 человека с III ФК ХСН по NYHA, II группу – 18 человек с IV ФК по NYHA. Средний возраст в I и II группе составил 70+5 и 74+4 года соответственно. Переносимость физических нагрузок (ФН) оценивали по тесту с 6 минутной ходьбой (ТШХ). Фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) оценивали с помощью В-режима эхокардиографии (ЭхоКГ). Нутритивный статус: дефицит висцерального белка – по уровню общего белка в биохимическом анализе крови (норма 65-85 г/л); дефицит соматического белка – по показателю тощей массы тела (ТМТ) (кожно-жировая складка над трицепсом, калиперметрический метод Durnin-Womersley). Методика выполнения калиперметрического метода Durnin-Womersley: с помощью калипера измерялась толщина кожно-жировой складки в 4 точках: на уровне средней трети плеча над бицепсом и трицепсом, под углом правой лопатки и правой паховой области на расстоянии 2-3 см выше пупартовой связки. Определив логарифм суммарной величины (S) толщины кожно-жировых складок, определялся процент жира в организме. Жировая масса тела (ЖМТ) = Масса тела (МТ)х (4,95/D – 4,5), где коэффициент D рассчитывается по специальной таблице, который зависит от пола и возраста. Для мужского пола и возраста старше 50 лет $D = 1,1715 - 0,0779 (\log S)$. После определения ЖМТ рассчитывалась ТМТ по формуле: $TMT = MT - ЖМТ$. Оценка ТМТ пациента проводилась с сравнением с должной тощей массой тела, которая условно принималась равной 70% и более от рекомендованной массы тела ($PMT = P - 100(P - 152) \times 0,2$ – формула, рекомендованная Европейской ассоциацией нутрициологов.

Все пациенты получали адекватную стандартную терапию в условиях стационара.

Результаты и обсуждение. В I группе ФВ ЛЖ составила, во II группе – 31,5+2,1%. По данным ТШХ в I группе 202+18,3 м, во II группе – 144,2+5,1 м ($p < 0,05$). Измерение кожно-жировой складки над трицепсом показали, что в I группе 33,3% пациентов были повышенного питания; 45,8% – нормального; 20,9% – пониженного; во II группе 38,9% – повышенного питания; 33,3% – нормального; 27,8% – пониженного. По данным калиперметрических показателей у всех пациентов ТМТ понижена по сравнению с должной тощей массой тела: в I группе снижение составило 8,3+2%, а во II группе – 19,4+3,3% ($p < 0,05$). Уровень общего белка в I группе составил 68,2+1,1 г/л, во II группе – 58,1+2,3 г/л ($p < 0,05$). Установлена обратная корреляционная связь средней силы между снижением ТМТ и длительностью дистанции ТШХ ($p < 0,05$).

Выводы. 1. У всех обследованных пожилых пациентов с ХСН III- IV ФК по NYHA имеет место нарушение нутритивного статуса. 2. У всех обследованных пациентов выявлен дефицит соматического белка, при

чем большая часть пациентов как с III, так и с IV ФК по NYHA имели нормальное и даже повышенное питание. 3. У пациентов с IV ФК по NYHA снижен запас висцерального белка. 4. Необходим дальнейший анализ нутритивного статуса пожилых пациентов с ХСН III- IV ФК по NYHA для выявления причин его развития и возможности успешной ее коррекции.

КТ-КОРОНАРОГРАФИЯ И ЕЕ РОЛЬ В СНИЖЕНИИ СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Бенян А.С.¹, Гомжина А.В.¹, Дупляков Д.В.²,
Адамян М.Ю.³, Бенян С.А.²

¹Министерство здравоохранения
Самарской области,

²Самарский государственный
медицинский университет,

³Медицинский университет «Реавиз»,
г. Самара

Введение. КТ-коронарография стала скрининговым методом обследования пациентов с подозрением на ишемическую болезнь сердца. Неинвазивность метода, большая пропускная способность компьютерных томографов, а также высокая диагностическая точность позволяют рассматривать ее наряду с функциональными нагрузочными пробами, как один из определяющих подходов к оценке необходимости инвазивной коронарографии, реваскуляризации миокарда или коррекции гиполипидемической терапии.

Цель исследования. Оценить эффективность внедрения КТ-коронарографии и ее роль в снижении смертности от болезней системы кровообращения.

Материал и методы. Проведение КТ-коронарографии по базовым тарифам ОМС является основным способом бюджетирования данной диагностической услуги. Однако для повышения доступности метода и обеспечения финансовой стабильности учреждений и служб, занимающихся проведением методики в Самарской области в рамках региональной программы «Развитие здравоохранения 2021-2030 гг.» было создано отдельное мероприятие «Проведение КТ-коронарографии сверх базовой территориальной программы ОМС» с ежегодным объемом финансирования в 20 млн.руб. Это позволяет проводить в год более 3000 исследований дополнительно. Организация направления пациентов на КТ-коронарографию была реализована в первичном звене здравоохранения при координации областного кардиологического диспансера. Для каждого учреждения первичного звена было декомпозировано целевое количество пациентов и определены критерии отбора и регулярность направления. Кроме того, на уровне региона были организованы 3 центра

функциональной диагностики для проведения нагрузочных проб и холтеровского мониторинга с последующим сбором данных в «Центре управления сердечно-сосудистыми рисками», созданном в областном кардиодиспансере в 2021 году. Поскольку проведение метода не требует какой-либо дополнительной подготовки, критерии включения пациентов были сформированы таким образом, чтобы предусмотреть все наиболее значимые факторы риска, в то же самое время минимизировать критерии, исключающие проведение исследования у конкретного пациента. Помимо непосредственно достижения большего охвата пациентов, получения информации о состоянии коронарного русла, формирование увеличенного пациенто-потока, способствовало повышению компетенции врачей-рентгенологов, занимающихся оценкой и анализом данных этого исследования, и если на первом этапе областные средства направлялись исключительно на одно учреждение для создания референс-центра, то в последующие годы, была предпринята диверсификация диагностической услуги со включением еще 4 учреждений здравоохранения, занимающихся оказанием медицинской помощи по профилям: кардиология, сердечно-сосудистая хирургия.

Результаты и их обсуждение. Проведен количественный и качественный анализ итогов КТ-коронарографии в период 2021-2023 гг. В настоящее время, в регионе КТ-коронарография проводится в 5 учреждениях здравоохранения на 7 компьютерных томографах, имеющих необходимую коронарную ангиопрограмму. Всего в 2021 году проведено 3732 исследования, из них по региональной программе - 3198 (85,7%). В 2022 и 2023 гг. соотношения распределились в схожих параметрах: 4320/3200 (74,1%) и 4807/4165 (86,6%). Региональная программа проведения КТ-коронарографии сделала существенный вклад в достижении целевых показателей Федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», в частности, количества рентгенэндоваскулярных вмешательств (РЭВ) на коронарных артериях. В 16,3% случаях после проведения КТ-коронарографии проведена рентгенэндоваскулярная коронарография. Из них более чем в половине случаев (52,1% от всех инвазивных коронарографий, 8,6% от всех КТ-коронарографий) случаев проведено стентирование коронарных артерий. Ежегодный прирост количества чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) начиная с 2021 года, составляет от 11,4% до 20,6%, достигнув в 2023 году значения 8259 ангиопластик со стентированием. Эффективность повышения охвата РЭВ пациентов с инфарктом миокарда и острым коронарным синдромом проявилась в снижении больничной летальности от инфаркта миокарда с 11,2% до 8,4% и смертности от болезней системы кровообращения с 584,6 до 568,4.

Выводы. КТ-коронарография в стратегии снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний является методом с доказанной эффективностью. Если на первом этапе расширения доступности мето-

да, основным ожидаемым эффектом было увеличение количества пациентов на проведение РЭВ и открытой хирургии коронарных артерий, то в последующем не менее важным аспектом стала возможность коррекции терапии у пациентов с клинически незначимыми стенозами или высоким кальциевым индексом. Немаловажным является также создание базы данных и рентгеновского архива медицинских изображений, иллюстрирующих состояние коронарного русла жителей области. Это позволяет помимо коррекций программ лечения, получать представление о популяционных рисках и делать долгосрочные прогнозы по течению и развитию заболевания в каждом конкретном случае.

ТЕЛЕМЕДИЦИНА КАК ФАКТОР ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ МЕЖДУ ПЕРВИЧНЫМ И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫМ ЗВЕНЬЕВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Бенян А.С.¹, Золотарев П.Н.¹, Ефимов Е.В.¹,
Шамсудинов Р.Ш.², Бенян С.А.³

¹Министерство здравоохранения Самарской области,

²Самарская городская больница №6,

³Самарский государственный
медицинский университет,
г. Самара

Введение. Телемедицинские консультации (ТМК) у пациентов терапевтического профиля все шире интегрируются в программы наблюдения и лечения, а также оказывают влияние на изменение тактики и мониторинга. В рамках реализации Национального проекта «Здравоохранение» и Федерального проекта «Создание единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)» в регионах Российской Федерации происходит планомерная цифровая трансформация организации здравоохранения, одним из ключевых компонентов которой является развитие телемедицины.

Цель исследования. Провести оценку количества и качества телемедицинских консультаций у пациентов терапевтического профиля в Самарской области.

Материал и методы. Проведен количественно-качественный анализ структуры и динамики ТМК, проведенных на территории Самарской области в период с 2019 по 2023 гг. Все ТМК были структурированы по 2 основным критериям: федеральные и региональные, формат «врач-врач» и «врач-пациент». В исследование вошли только те ТМК, на которые были сформированы соответствующие протоколы в ЕГИСЗ. Консультации

с федеральными специалистами проводятся только в формате «врач-врач» с закрепленными по профилям научными медицинскими исследовательскими центрами (НМИЦ). На уровне региона ТМК проводились в обоих форматах, при этом формат «врач-пациент» был преимущественно реализован на уровне первичного звена здравоохранения, а формат «врач-врач» – между участковыми врачами поликлиник и узкими специалистами областных и городских центров, на базе которых были созданы соответствующие телемедицинские центры. В настоящее время в регионе функционирует 4 телемедицинских центра: 2 монопрофильных и 2 многопрофильных. Спектр и содержание ТМК в настоящее время достаточно широки и включают в себя: второе прочтение данных рентгенологических методов исследования, мониторинг состояния пациентов с ОРВИ и COVID-19, оценку параметров лабораторного и инструментального исследований, проводимых самостоятельно в домашних условиях (глюкометрия, измерение артериального давления, пульсоксиметрия), проведение консилиумов с главными внештатными специалистами.

Результаты и их обсуждение. Всего в 2023 году с НМИЦ федерального значения было проведено 3316 ТМК в формате «врач-врач», из них по терапевтическим профилям – 428 (12,9%). Прирост количества ТМК по терапевтическим профилям в сравнении со значением 2019 года (26 ТМК) составил 1500%. В структуре 428 терапевтических ТМК 2023 года наибольшую долю занимают консультации кардиологов – 116 / 27,1%, далее в порядке убывания ранжированы следующие профили: гематология – 64 / 14,9%, гастроэнтерология – 39 / 9,1%, эндокринология – 32 / 7,5%, пульмонология – 22 / 5,1% и др. Общее количество региональных ТМК в 2023 году составило 414333, из них по терапевтическим профилям – 272158 (65,7%). Это значение в 211,9 раз превышает показатель 2019 года (1284 ТМК). ТМК в формате «врач-врач» были проведены у 8648 пациентов (3,2%), наиболее востребованными были консультации кардиолога (26,5%), терапевта (13,8%), эндокринолога (6,6%). ТМК в формате «врач-пациент» – у 263510 пациентов (96,8%), из них в 80,8% консультации осуществлены участковыми врачами общей практики. По итогам ТМК в 43,8% случаев были даны рекомендации по дополнительному обследованию, у 42,4% пациентов – рекомендации по изменению тактики лечения, в 7,7% наблюдений рекомендована очная консультация, 4,0% пациентов госпитализированы в областные и федеральные центры, 1,6% пациентов направлены на обследование в НМИЦ, в 0,5% случаев был осуществлен выезд областного специалиста для осмотра пациента на месте.

Выводы. Формат и динамика развития телемедицинских технологий различаются в разных учреждениях здравоохранения, равно как и точка приложения. Если на первичном звене главенствующим фактором становится дистанционный мониторинг хронических пациентов, то на уровне специализированного звена

на более востребованы консилиумы с федеральными специалистами для уточнения диагнозов или изменения тактик лечения, применения высоких технологий. Одной из наиболее востребованных точек приложения телемедицины являются учреждения здравоохранения с кадровым дефицитом по узким специальностям. При этом наличие врача общей практики или участкового врача, находящегося в регулярной телемедицинской коммуникации с областными центрами, будет способствовать, с одной стороны – доступности узкого специалиста для пациента, с другой – повышению кругозора и компетенции врача первичного звена. Весьма важен и такой фактор эффективности ТМК в режиме «врач-пациент» как формирование приверженности пациентского сообщества к профилактической медицине, адаптация к цифровой трансформации здравоохранения (овладение другими возможностями – запись на прием к врачу, получение данных обследований на портале «Госуслуг» и т.д.).

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ БЛОКАТОРОМ КО-СТИМУЛЯЦИИ Т-ЛИМФОЦИТОВ (АБАТАЦЕПТ)

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

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

²Научно-исследовательский институт
ревматологии им. В.А. Насоновой,

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

⁴Первый МГМУ им. И.М. Сеченова,
Москва

Актуальность и цель. Абатацепт (АБЦ) широко используется для лечения ревматоидного артрита (РА). Результаты применения данного препарата в условиях реальной клинической практики представляют научный интерес. Целью настоящей работы являлось проведение анализа влияния АБЦ на рентгенологическую прогрессию и его терапевтическое действие у больных РА.

Материалы и методы. Данная работа проведена в ФГБНУ НИИР им В.А. Насоновой. В исследование был включен 91 пациент с РА и неадекватным ответом на синтетические базисные противовоспалительные препараты (в основном, метотрексат – 70%, n=64) или биологические препараты (51,6%, n=47). Большинство из них – женщины среднего возраста с высокой активностью заболевания (среднее значение DAS28=5,1±1,0, позитивные по ревматоидному фактору 72,5% (n=66) и

антителам к циклическому цитруллинированному пептиду 77% (n=70), получавшие АБЦ (в/в, 10 мг/кг). Терапевтический эффект оценивали по критериям EULAR каждые 3 мес. Рентгенография суставов проводилась перед началом лечения и через 12 мес. Для оценки рентгенологических изменений использовали метод Шарпа в модификации van der Heijde.

Результаты. Терапия АБЦ приводила к достоверному снижению активности РА, начиная с 3 мес лечения (p<0,05). После 12 мес лечения клиническое улучшение регистрировалось у 63% (n=48) пациентов. Хороший ответ по критериям EULAR отмечался у 39% (n=29) через 12 месяцев терапии АБЦ. У 85% (n=23) пациентов после года лечения АБЦ не выявлено рентгенологической прогрессии. Лишь у 4 пациентов зарегистрировано рентгенологическое прогрессирование, что составило 15% от общего числа больных. Среднее сужение суставной щели, общий балл Шарпа и медианный балл эрозии существенно не изменились через 12 месяцев.

Заключение. Терапия абатацептом замедляет рентгенологическое прогрессирование и показывает хороший терапевтический эффект у больных ревматоидным артритом.

– 5 (2-8) лет, судимость 3-я (2-4), с общим временем пребывания в местах лишения свободы 6 (2-10) лет. Проведен анализ результатов показателей гемограммы. Сравнение групп проводилось с использованием непараметрического критерия Краскела-Уоллеса.

Результаты. Медиана показателей гемограммы по группам составляла: гемоглобин 125,5-127,5-140-144-150,5 г/л (P<0,001), эритроциты 4,065-4,07-4,5-4,69-4,76·10¹²/л (P<0,001), лейкоциты 5,0-5,6-5,2-5,3-6,4·10⁹/л (P=0,218), палочкоядерные нейтрофилы 12-8-8-5-4% (P<0,001), сегментоядерные нейтрофилы 56-46-49-51-46% (P=0,11), лимфоциты 19-31-29-34-36% (P<0,001), эозинофилы 2-3-3-2-4% (P=0,498), моноциты 7-7-8-7-7% (P=0,453), СОЭ 37-33-30-16-17 мм/час (P<0,001) соответственно.

Заключение. При анализе результатов показателей гемограммы при туберкулезе с коинфекцией ВИЧ и гепатит «С», находящихся в лечебном учреждении ФСИН статистически значимо при снижении показателей иммунитета снижается медиана уровня гемоглобина с 150,5 до 125,5 г/л, числа эритроцитов с 4,76 до 4,065·10¹²/л, лимфоцитов с 36 до 19%, и, напротив, повышается число палочкоядерных нейтрофилов с 4 до 12% и СОЭ с 17 до 37 мм/час.

ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОГРАММЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ИММУНОСУПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ ПРИ КОИНФЕКЦИИ: ТУБЕРКУЛЕЗ, ВИЧ И ГЕПАТИТ «С» В ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ФСИН

Боровицкий В.С.¹, Аксёнова К.И.²

¹Медико-санитарная часть №43,
г. Киров,

²Российский университет медицины,
Москва

Цель исследования. Выявление изменений показателей гемограммы в зависимости от уровня иммуносупрессии у больных при коинфекции туберкулез + ВИЧ + гепатит «С».

Материалы и методы. Ретроспективное по типу серии случаев, одноцентровое сплошное наблюдение всех (n=150) больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией и гепатитом «С» мужского пола с 1999 по 2017 годы в лечебном учреждении ФСИН. По степени снижения иммунитета пациенты разделены на группы: 1-я – 34 пациента (22,7%) с количеством CD4-лимфоцитов менее 100 клеток в мкл, 2-я – 28 (18,7%) с 100-199 клеток в мкл, 3-я – 29 (19,3%) с 200-349 клеток в мкл, 4-я – 27 (18,0%) с 350-499 клеток в мкл, 5-я – 32 (21,3%) с 500 и более клеток в мкл. Возраст от 19 до 56, с медианой 31 (28-36) лет, (далее: Ме (25-75%)). Длительность ВИЧ-инфекции с момента обнаружения

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

Бровко Ю.И., Соцкая Я.А.

Луганский государственный медицинский
университет им. Святителя Луки,
г. Луганск

По статистическим данным, заболеваемость населения Донбасса болезнями печени и желчевыводящих путей за последние десятилетия существенно выросла. По современным представлениям неалкогольный стеатогепатит (НАСГ) – патология, которая рассматривается как поражение печени в рамках метаболического синдрома и нередко сочетается с ожирением.

Цель работы. Изучение влияния комбинации препарата фосфатидилхолина с глицирризиновой кислотой и экстракта артишока на показатели перекисного окисления липидов (ПОЛ) у больных неалкогольным стеатогепатитом с сопутствующим хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ) и ожирением.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 121 больной в возрасте от 26 до 44 лет с НАСГ, ХНХ и ожирением. Основная группа включала 67 человек, которые получали комбинацию гепатопротекторов с действующим веществом фосфатидилхолин с глицерризиновой кислотой в/в в течение 10 дней с последующим переходом на пероральный прием препарата по 1 капсуле 2 раза в день на протяжении 30-40 дней и экстракта артишока по 200 мг (1 таблетка) 3 раза в день во время еды на протяжении 30-40 дней. Больные из группы сопоставления (54 человека) получали только общепринятые препараты в среднетерапевтических дозах, а в качестве гепатопротектора – эссенциале или карсил. У всех обследованных исследовали активность ПОЛ: уровень малонового диальдегида (МДА) и промежуточных – диеновых конъюгатов (ДК) спектрофотометрически.

Результаты и обсуждение. У больных с хронической патологией гепатобилиарной системы в виде НАСГ с сопутствующим ХНХ и ожирением было установлено существенное повышение концентрации в крови продуктов ПОЛ – МДА и ДК, что, тем самым, свидетельствует об активации у них перекисидации липидов биомембран. Применение фосфатидилхолина с глицерризированной кислотой и экстракта артишока в комплексе лечения таких больных способствует нормализации уровня продуктов ПОЛ – МДА и ДК, таким образом, оказывает четко выраженный антиоксидантный эффект. Тем временем у пациентов группы сопоставления сохранялось достоверное повышение концентрации МДА и ДК, как в отношении нормы, так и в отношении основной группы больных.

Выводы. Таким образом, полученные данные, позволяют считать патогенетически обоснованным и клинически перспективным включение комбинации фосфатидилхолина с глицерризированной кислотой и экстракта артишока в комплекс лечения больных НАСГ с сопутствующим ХНХ и ожирением.

ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С БОЕВЫМИ ТРАВМАМИ КОНЕЧНОСТЕЙ

Бубман Л.И.¹, Тополянская С.В.^{1,2}, Карпов В.В.¹,
Молочников А.Ю.¹, Нечаев А.И.¹, Хан С.О.¹,
Рачина С.А.², Лыткина К.А.¹, Мелконян Г.Г.¹

¹Госпиталь для ветеранов войн №3,

²Первый МГМУ им. И.М. Сеченова,
Москва

Цель. Изучить частоту венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) у пациентов с боевыми ранениями конечностей.

Материалы и методы. В одномоментное (cross-sectional) исследование включен 251 пациент, перенесший ранение нижних или/и верхних конечностей в сроки от 4 до 58 дней (в среднем 16,2+10,2 дня) до поступления в стационар. Все участники исследования были мужчинами. Возраст включенных в исследование пациентов варьировал от 19 до 59 лет, в среднем составляя 35,8+8,4 лет. Ранения голени наблюдались у 29,3% пациентов, стоп – у 12,8%, бедра – у 9,2%, сочетанные раны голени и стоп – у 9,6%, голени и бедра – у 8,4%, предплечий – у 7,6%, плеч – у 4%, сочетанные раны верхних и нижних конечностей – у 7,6% пациентов. Всем пациентам на предшествующих этапах оказания медицинской помощи проводилась профилактическая антикоагулянтная терапия. При поступлении в стационар всем пациентам выполнялось ультразвуковое исследование вен конечностей. Наряду с этим определялось активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновое время, протромбин по Квику, международное нормализованное отношение (МНО) и фибриноген.

Результаты. В изученной группе пациентов частота ВТЭО составила 23,9%. Основная локализация тромботических масс: у 54,7% – глубокие вены голени, у 14% – вены бедра, у 9,3% – вены бедра и голени, у 7,8% – вены голени и подколенные вены. Эпизодов ТЭЛА не зарегистрировано ни в одном случае. В группе пациентов с ВТЭО 35,9% были с ампутированными конечностями, аппараты внешней фиксации были наложены 45,3% больных. В ходе анализа не установлено достоверных взаимосвязей между риском возникновения тромбоэмболических осложнений и возрастом пациентов, хотя наблюдалась тенденция к более старшему возрасту пациентов с ВТЭО, по сравнению с больными без ВТЭО (37,6+7,5 лет и 35,4+8,6 лет, соответственно; $p=0,07$). Частота ВТЭО у пациентов старше 40 лет составила 28,2%, моложе 40 лет – 19,8% ($p=0,09$). Среди пациентов с давностью ранения менее 21 дня частота ВТЭО достигала 24,8%, более 21 дня – 16,3% ($p=0,1$). Тромбоэмболические осложнения наблюдались чаще у пациентов с ампутированными нижними конечностями: ВТЭО зарегистрированы у 60% пациентов с ампутациями, по сравнению с группой пациентов без ампутаций (40,4%; $p=0,04$). В группе пациентов с аппаратами внешней фиксации частота ВТЭО составила 53,7%, без аппаратов внешней фиксации – 39,4% ($p=0,08$). Установлены достоверные различия между группами пациентов с ВТЭО и без ВТЭО по показателям АЧТВ (35,3 и 31,8 сек, соответственно; $p=0,04$) и протромбинового времени (15,1 и 13,0 сек; $p=0,02$). Наряду с этим зарегистрированы и другие различия в лабораторных показателях между группой больных с ВТЭО и без тромботических осложнений: СРБ – 51,2+55,8 и 41,7+50,7 мг/л соответственно ($p=0,03$), лейкоциты – 10,8+4,9 и 9,3+2,9x10⁹/л ($p=0,006$), нейтрофилы – 7,9+4,7 и 6,4+2,4x10⁹/л ($p=0,002$), общий белок – 58,9+7,8 и 61,7+7,5 г/л ($p=0,01$), альбумин – 31,2+5,4 и 32,8+4,7 г/л ($p=0,03$), креатинин – 100,5+76,9

и 83,1±12,1 мкмоль/л ($p=0,003$), мочевины – 6,9±6,4 и 5,2±1,5 ммоль/л ($p=0,002$). При проведении корреляционного анализа обнаружены достоверные взаимосвязи между временем, прошедшим с момента ранения, и протромбином ($r=0,27$; $p=0,04$), а также фибриногеном ($r=0,47$; $p=0,0007$). Установлена прямая корреляция между концентрацией фибриногена в крови и уровнем С-реактивного белка ($r=0,49$; $p=0,01$) и обратная корреляция между уровнем СРБ и МНО ($r=-0,45$; $p=0,02$).

Выводы. Результаты настоящего исследования свидетельствуют о частом развитии венозных тромбозных осложнений у пациентов с боевыми травмами конечностей. Наиболее часто тромботические массы локализуются в венах нижних конечностей. Основным фактором риска ВТЭО в изученной группе пациентов были ампутации. Необходимо продолжение исследований по изучению ВТЭО у раненых и оценке эффективности и безопасности различных схем антикоагулянтной терапии.

МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ РАН У ПАЦИЕНТОВ С БОЕВЫМИ ТРАВМАМИ КОНЕЧНОСТЕЙ

Бубман Л.И.¹, Тополянская С.В.^{1,2}, Гладких М.А.¹,
Усова Т.В.¹, Карпов В.В.¹, Хан С.О.¹,
Молочников А.Ю.¹, Нечаев А.И.¹, Рачина С.А.²,
Лыткина К.А.¹, Мелконян Г.Г.¹

¹ Госпиталь для ветеранов войн №3,

² Первый МГМУ им. И.М. Сеченова,
Москва

Цель. Изучить структуру бактериальных возбудителей у пациентов с боевыми ранениями конечностей.

Материалы и методы. В проспективное наблюдательное исследование включено 234 пациента, перенесших ранение верхних и нижних конечностей в сроки от 4 до 36 дней (в среднем 14,9±7,4 дней) до поступления в стационар. Все участники исследования были мужчинами. Возраст включенных в исследование пациентов варьировал от 19 до 59 лет, в среднем составляя 35,8±8,4 лет. Ранения голени наблюдались у 29,3% пациентов, стоп – у 12,8%, бедра – у 9,2%, сочетанные ранения голени и стоп – у 9,6%, голени и бедра – у 8,4%, предплечий – у 7,6%, плеч – у 4%, сочетанные ранения верхних и нижних конечностей – у 7,6% пациентов. Во время пребывания в стационаре регулярно проводилось микробиологическое исследование (МБИ) биоптатов, полученных при хирургической обработке ран с посевом на питательные среды и идентификацией микроорганизмов в соответствии со стандартными методами и процедурами. Пробы с раневым отделяемым засеивали в 5% кровяной агар, маннитол солевой

агар, агар Эндо. Посевы инкубировали от 24 до 120 часов при 35-37°C. Видовая идентификация выделенных микроорганизмов проводилась с использованием биохимических тест-систем на микробиологическом анализаторе iEMSReaderMF. Определение чувствительности к антимикробным препаратам проводили полуавтоматическим методом путем определения минимальной подавляющей концентрации антибиотика на планшетах SensiLaTestMIC и диско-диффузионным методом с использованием дисков производства Bio-Rad. Интерпретация результатов выполнялась согласно клиническим рекомендациям «Определение чувствительности микроорганизмов к антимикробным препаратам», версия 2021-01.

Результаты. По результатам микробиологического исследования раневого отделяемого рост микроорганизмов обнаружен у 91,5% пациентов. Наиболее часто выявлялись *Enterococcus faecalis* – в 43,9% случаев и *Acinetobacter baumannii* – в 44,4%. Инфицирование ран *Pseudomonas aeruginosa* зарегистрировано у 26,2%, *Klebsiella pneumoniae* – у 17,3%, *Escherichia coli* – 14%, *Enterobacter cloacae* – у 12,4%, *Staphylococcus aureus* – у 11,2% пациентов. У 22,2% пациентов раны были инфицированы одним микроорганизмом, у 77,8% зарегистрирована ко-инфекция. Наиболее часто отмечалась ко-инфекция *Acinetobacter baumannii* и *Enterococcus faecalis* (у 23 пациентов), *Pseudomonas aeruginosa* и *Enterococcus faecalis* (у 17 пациентов), *Acinetobacter baumannii* и *Enterobacter cloacae* (у 11 пациентов). 40,5% выделенных штаммов *Acinetobacter baumannii* были панрезистентными, 36,5% – экстремально резистентными, 9,5% – полирезистентными и лишь 13,5% – чувствительными. 42,3% выделенных штаммов *Klebsiella pneumoniae* были панрезистентными, 46,1% – экстремально резистентными, 7,7% – полирезистентными и лишь 3,8% – чувствительными. 17,9% выделенных штаммов *Pseudomonas aeruginosa* были панрезистентными, 33,3% – экстремально резистентными, 33,3% – полирезистентными и 15,4% – чувствительными. Практически все штаммы *Enterococcus faecalis* (98,9%) были чувствительными, 50% штаммов *Escherichia coli* были чувствительными, по 23,1% – экстремально резистентными и полирезистентными, панрезистентных штаммов не обнаружено. 78,2% пациентов (183) для лечения инфицированных ран назначалась антибактериальная терапия, у 21,8% (51) антибактериальная терапия не проводилась. Наиболее часто применяемыми антибактериальными препаратами были бета-лактамы (у 86,3% пациентов), амикацин (у 42,1%), ванкомицин (у 33,3%), карбапенемы (у 23,5%), линезолид (у 12%). Тигецилин был назначен 7,6% пациентов, цiproфлоксацин – 5,5%, азтреонам – 3,8%, цефтазидим-авибактам – 3,2%. Наряду с антибактериальной терапией всем пациентам на раны была наложена вакуум-ассистированная повязка. Результаты повторных микробиологических исследований раневого отделяемого были доступны у 162 больных. Во время стационарного лечения у 67 пациентов (41,3%) оставалась та же микрофлора в ра-

нах. У 95 (58,6%) пациентов с серией последующих МБИ была зарегистрирована суперинфекция. Наиболее часто наблюдалось присоединение *Enterococcus faecalis* (у 28,4%) и *Acinetobacter baumannii* (у 24,2%). У 18,9% пациентов отмечено присоединение *Klebsiella pneumoniae*, у 16,8% – *Pseudomonas aeruginosa*, у 13,7% – *Escherichia coli*, у 10,5% – *Enterobacter cloacae*, у 10,5% – *Staphylococcus aureus*. Зарегистрировано по 1 случаю суперинфекции *Proteus vulgaris*, *Streptococcus gallolyticus*, *Serratia marcescens* и *Enterobacter* spp.

Выводы. Результаты настоящего исследования свидетельствуют об очень частом инфицировании ран у пациентов с боевыми травмами конечностей. Наиболее часто выявлялось инфицирование ран чувствительными штаммами *Enterococcus faecalis* и резистентными штаммами *Acinetobacter baumannii*. Необходимо продолжение исследований по изучению микрофлоры ран, а также эффективности антибактериальной терапии и вакуум-ассистированных повязок в отношении элиминации патогенных микроорганизмов из ран пациентов с боевыми травмами.

КОРРЕЛЯЦИЯ УРОВНЯ ОЛИГОМЕРНОГО МАТРИКСНОГО БЕЛКА ХРЯЦА (ОМБХ) С КЛИНИЧЕСКИМИ, РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ И ЛАБОРАТОРНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ

Буранова С.Н., Ахмедов Х.С.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Введение. Возможность выделения ранних стадий ОА с определением олигомерного матриксного белка хряща (ОМБХ) может послужить индикатором для диагностики заболевания с большей легкостью и социально экономически эффективным методом, чем рентгенографические методы исследования.

Цель. Целью нашего исследования явилась оценка олигомерного матриксного белка хряща (ОМБХ) в сыворотке и синовиальной жидкости у пациентов с остеоартритом (ОА) коленного сустава и корреляция уровней с клинико-рентгенологическими и лабораторными данными.

Материалы и методы. В исследование были включены 23 пациента с ОА коленных суставов. Было проведено тщательное изучение истории болезни и клиническое обследование. Уровень сывороточного и синовиального олигомерного матриксного протеина хряща изучали методом иммуноферментного анализа (ELISA, Россия). Оценку тяжести ОА оценивали по

шкале Келлгрена-Лоуренса (KL). Все исследуемые пациенты были разделены на ранние и поздние стадии ОА в соответствии со степенью деструкции суставного хряща (шкала ≥ 3 KL).

Результаты. Средний возраст пациентов составил $47 \pm 11,9$ года. У 9 был сопутствующий выпот (синовит) колена. Шкала KL была значительно выше у пациентов с поздними стадиями заболевания ($3,4 \pm 0,7$) по сравнению с пациентами с ранним ОА ($1,5 \pm 0,6$). Также, согласно полученным ОМБХ сыворотки был значительно выше у пациентов с с поздними стадиями ОА (5400 ± 390 ; нг/мл) по сравнению с пациентами с ранними стадиями ОА ($2704 \pm 205,6$ нг/мл) ($p < 0,00001$). В синовиальной жидкости уровень ОМБХ был также выше ($5907,1 \pm 110,4$ нг/мл) у пациентов с поздними стадиями в сравнении с показателями синовиального уровня ОМБХ у пациентов с ранними стадиями ОА. Так, сывороточные и синовиальные уровни ОМБХ были выше в группе с поздними стадиями ОА в сравнении с ранними случаями. Сывороточный и синовиальный уровни ОМБХ достоверно коррелировали с возрастом пациентов, их индексом массы тела, также длительностью заболевания и уровнем показателей KL.

Выводы. Показатели ОМБХ в сыворотке/синовиальной жидкости может отражать процесс повреждения суставов у пациентов с ОА. Многообещающим является то, что уровни ОМБХ потенциально могут быть надежными диагностическими маркерами при оценке раннего разрушения суставов и могут помочь в прогнозировании исхода заболевания для быстрого начала лечения у пациентов на ранних стадиях, таким образом, могут использоваться для мониторинга ответа на различные терапевтические методы.

КУРЕНИЕ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА (ДИНАМИКА ЗА 15 ЛЕТ)

Булина П.А., Леонова И.А., Беляева Е.Л.,
Федорова М.А.

СЗГМУ им.И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Актуальность. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) признает табачную эпидемию одной из наиболее серьезных угроз для здоровья населения уже на протяжении многих десятилетий. Курение способствует увеличению риска возникновения онкологических заболеваний дыхательной системы и других заболеваний легких, включая эмфизему, ХОБЛ. Во всем мире ведется активная пропаганда борьбы с курением, однако активное развитие индустрии никотинсодержащих продуктов и устройств обладает высококоразвитой маркетинговой компанией и привлекает все больше потребителей. Логичным представляется, что

медицинские работники должны вести борьбу за отказ от курения и не курить сами.

Цель. Исследовать динамику изменения числа курящих сигареты студентов лечебных факультетов медицинских ВУЗов Санкт-Петербурга с 2009 по 2024 годы.

Материалы и методы. Опрос по специально разработанному опроснику, включая тест тест Фагерстрема (никотиновая зависимость) студентов 4-5 курсов 2-х медицинских ВУЗов Санкт-Петербурга. В 2009 году было опрошено 468 студентов, в 2019 году – 264 студента, в январе 2024 года опрос прошли 284 студентов.

Результаты. Из 468 учащихся в 2009 году (средний возраст 20,5 +/- 0,45; 134 мужчины (28,6%) и 334 женщины (71,4%). Средний стаж курения составил 5 +/- 0,8 года (от 0,5 до 15 лет), у 25% – 0,5-1,5 года, у 45% – 2-4 года, 27% – 5-9 лет, 3% 10-15 лет. Таким образом, 2/3 студентов начали курить, уже обучаясь в университете. Степень никотиновой зависимости (согласно тесту) была очень слабой в большинстве случаев – 103 (56%), и только у 10% зависимость была высокой и очень высокой. Большинство студентов (83%) пытались бросить курить, из которых 73% пытались бросить курить от 1 до 3 раз.

По результатам опроса 2019 года из 264 студентов (средний возраст 21,5 +/- 0,6) 61 – 23,1% студентов курили (21-34,4% женщины, 40 – 65,6% мужчины). Средний стаж курения составил 4 +/- 1,2 года (от 0,5 года до 15 лет), у 21% – 0,5-1,5 года, у 45,9% – 2-4 года, 26% – 5-9 лет, 3,3% 10-15 лет. Таким образом, в 2019 году 2/3 студентов начали курить, уже учась в университете. Попытки бросить курить имели большинство 68,8% студентов, из которых 80% респондентов пытались бросить курить от 1 до 5 раз.

В январе 2024 года из 284 опрошенных студентов 60 человек (21,1%) имеют пагубную привычку – курение из которых 33,3% (20 человек) опрошенных женщины, 66,6% (40 человека) – мужчины. Средний возраст опрошенных составил 21,8 +/- 0,7 лет.

Среди причин пристрастия к сигаретам студенты отметили: успокаивающее воздействие на нервную систему (62,5%), влияние семьи (15,6%), влияние окружающих (21,9%), стремление себя чем-то занять (18,8%), также из любопытства начали курить 28,1% опрошенных, ради удовольствия 31,3% и поднятия настроения 12,5% курит опрошенных и чтобы не отличаться от других курит 6,3% опрошенных. 9,4% считают, что курение является эффективной привычкой. 46,9% опрошенных имеют стаж курения от 5 до 9 лет – данный факт позволяет нам сделать вывод о том, что курить респонденты начали в старших классах и ранее. 28,1% опрошенных курят от 2 до 4 лет. 15,6% респондентов имеют стаж курения более 10 лет. 9,4% опрошенных курят от 6 месяцев до 1,5 лет и пристрастились к данной вредной привычке на старших курсах университета. Средний стаж курения 6 +/- 0,25 года (от 0,5 года до 15 лет). Таким образом, в 2024 году 1/3 студентов начали курить, уже обучаясь в ВУЗе.

84,4% опрошенных предпринимали попытки бросить курить, но курят до сих пор. 12,5% не пытались бросить курить и всего у 3,1% получилось избавиться от зависимости. Согласно тесту Фагерстрема у 34,4% выявлена очень слабая зависимость, у 21,9% – слабая зависимость, у 12,5% средняя зависимость, у 25% – высокая зависимость и 6,25% имеют очень высокую зависимость

На вопрос о влиянии знаний, полученных во время обучения, о влиянии табакокурения на развитие сердечно-сосудистых заболеваний, онкологии, болезней легких и тд. на мотивацию отказа от курения 46,9% опрошенных задумались бросить курить, на 43,8% информация никак не повлияла и всего 9,4% ощутили влияние пропаганды на мотивацию отказа от курения.

Вывод. Проведя анализ данных опросов 2009, 2019 и 2024 годов, можно сделать вывод о том, что никотиновая зависимость молодеет (в 2024 году только треть студентов начала курить в университете, остальные приобрели эту данную привычку в школе, в 2009 и 2019 годах в университете начали курить 2/3 опрошенных). Средний стаж курения также вырос (6 лет в 2024 году, 5 лет в 2009 году и 4 года в 2019 году). С течением времени большее число опрошенных принимало попытки бросить курить (в 2024 году 84,4%, в 2009 году 83% и 68,8% в 2019 году), однако курят до сих пор. Также среди студентов выросла сильная, очень сильная зависимость (31,25 % в 2024 году и 10% в 2009 году), а также зависимость средней силы. Лишь 9,4% ощутили влияние пропаганды на мотивацию отказа от курения, следовательно, обучение в медицинском ВУЗе и знание о пагубном влиянии никотина и табачного дыма на организм никак не повлияло на отказ студентов от курения.

АУТОИММУННАЯ ФОРМА ХРОНИЧЕСКОЙ СПОНТАННОЙ КРАПИВНИЦЫ

Бурыгина Е.В., Козлова Я.И., Фролова Е.В.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Согласно современным представлениям, выделяют несколько эндотипов хронической спонтанной крапивницы (ХСК), среди которых особый интерес представляет аутоиммунная форма ХСК, обусловленная IgG-аутоантителами к собственным молекулам IgE и/или их высокоаффинным рецепторам, расположенным на тучных клетках.

Цель. Дать клинико-иммунологическую характеристику аутоиммунной формы ХСК, оценить методы диагностики и прогнозирования эффективности иммунобиологической терапии.

Материалы и методы. В проспективное, открытое, обсервационное исследование включили 125 пациентов с ХСК в возрасте от 18 до 75 лет (медиана возраста – 42 (30; 57) года), женщин – 72,8%, обследованных на базе микологической клиники ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России. Учитывали продолжительность заболевания, сопутствующую патологию, активность заболевания по шкале UAS7, контроль над заболеванием по шкале UCT до начала терапии омализумабом и через 6 мес, результаты общеклинического лабораторного обследования, определения уровней общего иммуноглобулина Е, гормонов щитовидной железы, результатов пробы с аутологичной сывороткой (ПАС). Всем пациентом выполнили непрямой тест активации базофилов (ТАБ) методом проточной цитометрии.

Результаты. Аутоиммунную форму ХСК установили при сочетании положительных результатов ПАС и ТАБ у 33 (30,8%) пациентов с ХСК. Аутоиммунная форма ХСК была ассоциирована с тяжелым течением заболевания, ангиоотеками, эозинопенией и базопенией периферической крови, дисфункцией щитовидной железы (гипотиреоз и повышение уровня АТ к ТПО), низким уровнем общего IgE (≤ 16 МЕ/мл). Аутоиммунная форма ХСК повышала риск позднего ответа или резистентности к омализумабу в 12,0 раз.

Выводы. Аутоиммунную форму ХСК установили у 31% пациентов. Для выявления аутоиммунной формы ХСК и прогнозирования ответа на иммунобиологическую терапию план обследования должен включать ПАС, ТАБ и определение общего IgE в сыворотке крови.

АТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОДАГРИЧЕСКИХ ТОФУСОВ – МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА

Вакуленко А.С., Мельникова М.А.,
Нестерович И.И.
ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова,
Санкт-Петербург

Подагра является метаболическим заболеванием, возникающим вследствие повышения содержания в крови мочевой кислоты, что клинически проявляется отложением кристаллов моноуратов натрия в тканях с развитием воспаления и формирования тофусов. Подагрические тофусы возникают у 50-60% больных и достигают размеров от 0,5 до 10 см в диаметре. Наиболее часто тофусы обнаруживаются над пораженными суставами, особенно в области первого плюснефалангового сустава, локтевого сустава, иногда в сочетании с бурситом, в ахилловом сухожилии, в ушной раковине и во внутренних органах – почках. Однако тофусы могут формироваться и в других органах и тканях, что затруд-

няет своевременную диагностику и лечение, а также требует привлечения специалистов разного профиля.

Цель исследования. Оценка атипичной локализации подагрических тофусов и клинических проявлений с целью оптимизации диагностики и эффективного лечения основного заболевания.

Материалы и методы. Анализ отечественной и зарубежной литературы с 2015 по 2023 гг.

Результаты и обсуждение. Наиболее частой атипичной локализацией тофусов является расположение очагов в позвоночнике (тела позвонков, межпозвоночные диски), особенно в поясничном отделе. Клиническая картина может характеризоваться появлением болей в соответствующей области позвоночника, нейрогенной хромотой в сочетании с болью в руках и ногах, что наиболее часто требует обращения к неврологу.

При расположении тофусов в области плечевого пояса наиболее частыми симптомами являются боль и ограничение диапазона движений как в привычной, так и в профессиональной работе. В области дистальных фаланг кистей тофусы также способны вызывать сильную боль с нарушением функции кисти. При этом рентгенологическое исследование позволяет выявить остеолит костных структур. Поражение данной области требует реконструктивного лечения с применением аллотрансплантата.

Встречаются случаи локализации тофуса в запястном канале, что приводит к сдавлению срединного нерва с развитием онемения, потери чувствительности, снижению мышечной силы верхней конечности и требует обращения к нейрохирургу.

Иногда дебют подагрического тофуса может быть оценен как гнойный тендовагинит с жалобами на боль в пораженной области при отсутствии травм и других метаболических нарушений в анамнезе. Антибактериальная терапия в этих ситуациях неэффективна, зачастую требуются оперативные вмешательства.

Тофусы подушечек пальцев – необычное проявление неконтролируемой подагры. Часто при данной локализации жалобы отсутствуют, однако имеет место косметический дефект, который требует обращения к хирургу, дерматологу.

Описаны единичные случаи подагрического тофусного поражения полового члена, мошонки, характеризующиеся отеком и невозможностью эрекции, требующие консультации уролога.

Важно отметить, что встречается бессимптомное течение тофусной подагры. Например, поражение ткани щитовидной железы тофусом без сдавления рядом лежащих анатомических структур и нарушения секреции гормонов или случайно выявленные образования в области голосовых связок при проведении эндоскопии в отсутствие жалоб на боль в глотке и симптомов дисфагии.

Отложения кристаллов мочевой кислоты могут привести к нарушению зрительной функции, при этом офтальмологом на поверхности сетчатки диагностируются участки кровоизлияний, удаление которых происходит во время проведения витрэктомии.

Нетипичная картина тофусной подагры зачастую требует обращения к онкологу. Дифференциальный диагноз проводится с доброкачественными опухолями (фиброма сухожильного влагалища, очаговый узловой синовит, липома, липофиброматозная гамартома, сосудистые пороки развития, нейрофиброма, коллагенозная фиброма, гломусная опухоль, гигантоклеточная опухоль сухожильного влагалища, хондроидная опухоль) и злокачественными новообразованиями (фибросаркома сухожильной оболочки, плеоморфная саркома, первичная плоскоклеточная карцинома кожи и злокачественная хондросаркома кости).

Выводы. Подагрические тофусы зачастую имеют атипичную локализацию, что диктует необходимость проведения обширного дифференциального диагноза с выполнением не только лабораторных, но и визуализирующих методов диагностики, а также привлечения специалистов разного профиля: терапевтов, врачей общей практики, хирургов, травматологов, нейрохирургов, офтальмологов и др. Таким образом, curaция пациентов с подагрой является междисциплинарной задачей.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕАТИТА ПРИ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ

Валижонов А.Ф., Ахмедова Н.А., Валижонова Ш.А.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. В последнее время проблемы острого и хронического панкреатита в абдоминальной хирургии не вызывает сомнений. Заболеваемость острым панкреатитом остается стабильно высокой, около 80 случаев на 100000 населения. Для сравнения, ежегодно в США регистрируются около 17 случаев острого панкреатита на 100000 населения. По данным разных авторов острый панкреатит составляет от 10% до 25% от общего числа больных хирургического профиля. У 15-30% больных регистрируются деструктивные формы острого панкреатита. Летальность при тяжелом панкреатите в среднем составляет около 30%, в случае инфицирования – 85% и выше [3,4]. Первичный гиперпаратиреоз редко ассоциируется с развитием острого или хронического панкреатита, однако гиперкальциемия играет важную роль в патогенезе этих заболеваний [1].

Цель исследования. Выявить связь острого и хронического панкреатита и первичного гиперпаратиреоза на основе клинических случаев. Рассмотреть особенности диагностики и лечения.

Материалы и методы. За последние 5 лет мы наблюдали 3 случая панкреатита на фоне первичного гиперпаратиреоза. У двух пациентов был диагностирован хронический панкреатит, у одного пациента острый деструктивный панкреатит. Пациенты были оперированы по поводу аденомы паращитовидной железы.

Результаты и их обсуждение. Первичный гиперпаратиреоз редко ассоциируется с развитием острого или хронического панкреатита, однако гиперкальциемия играет важную роль в патогенезе этих заболеваний. Панкреатит обычно возникает на поздней стадии гиперпаратиреоза, что объясняет очень низкую распространенность данного заболевания в развитых странах, где первичный гиперпаратиреоз не всегда диагностируется на ранней стадии заболевания.

Вывод. Приведенные клинические случаи радикального хирургического лечения аденомы паращитовидной у пациентов с выраженной сопутствующей патологией свидетельствует об эффективности хирургического метода в ряде случаев. При этом необходимо учитывать особенности диагностики, сложности в выявлении данной патологии.

ТЕСТ АКТИВАЦИИ БАЗОФИЛОВ В ДИАГНОСТИКЕ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ К ALTERNARIA ALTERNATA У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Васильев Н.Ю., Фролова Е.В., Учеваткина А.Е.,
Филиппова Л.В., Соболев А.В.,
Козлова Я.И., Васильева Н.В.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Для бронхиальной астмы (БА) с сенсibilизацией к *Alternaria alternata* характерно тяжелое, неконтролируемое течение. В настоящее время идет поиск новых диагностических тестов, которые позволят подтвердить микогенную сенсibilизацию.

Цель исследования. Оценить диагностическую значимость теста активации базофилов с аллергеном *Alternaria alternata* в условиях *in vitro* с использованием проточной цитометрии для выявления микогенной сенсibilизации у пациентов с бронхиальной астмой.

Материалы и методы. В исследование включили 54 пациента с аллергической БА (Me возраста – 47лет, женщин – 72%, мужчин – 28%). С помощью иммуноферментного анализа определяли уровень общего IgE («Алкор Био», Россия) и sIgE к грибковому, бытовому и эпидермальным аллергенам (панель биотинилированных аллергенов «Алкор Био», Россия) в сыворотке крови. Изучение активации базофилов проводили методом проточной цитометрии с использованием набора Allergenicity kit (Cellular Analysis of Allergy, BECKMAN-COULTER, США). Учитывали индекс стимуляции (ИС) – отношение процента активированных базофилов в пробе с *Alternaria alternata* («Алкор Био», Россия) к проценту их спонтанной активации в не стимулированном контроле. Использовали предложенный международными экспертами ISHAM, критерий микогенной сенсibilизации: выявление в

сыворотке крови уровня специфического IgE (sIgE) к *Alternaria alternata* $\geq 0,35$ МЕ/мл.

Результаты и обсуждение. Пациенты с аллергической БА были разделены на 2 группы: первую группу составили 22 пациента с сенсibilизацией к *Alternaria alternata* (Me возраста – 41 лет, женщин – 72%), во вторую группу включили 32 пациента без сенсibilизации к *Alternaria alternata* (Me возраста – 56 лет, женщин – 62,5%).

В первой группе уровень общего IgE был значимо выше, чем в группе без сенсibilизации к *Alternaria alternata* и достигнул 1098 (7-4530) МЕ/мл vs 442,5 (5-3829) МЕ/мл, $p=0,041$. Медианный показатель sIgE к *Alternaria alternata* в первой группе составил 0,39 (0,35-21,81) МЕ/мл, что значимо превышало показатель во второй группе 0,01 (0-0,13) МЕ/мл, $p<0,01$. Анализ результатов теста активации базофилов выявил, что количество базофилов, активированных аллергеном *Alternaria alternata*, у пациентов с микогенной сенсibilизацией было значимо выше по сравнению с показателями у пациентов без микогенной сенсibilизации (11,25 (0,6-97,8)% vs 2,9(0,9-84,6)%, $p<0,01$). Также у пациентов в группе с сенсibilизацией к *Alternaria alternata* ИС значимо превышал показатель в группе без сенсibilизацией к *Alternaria alternata* и составил 4,47 (0,6-38,6) vs 1 (0,44-1,89), $p<0,01$.

Для оценки диагностической значимости теста активации базофилов в подтверждении сенсibilизации к *Alternaria alternata* использовали ROC-анализ с расчетом площади под кривой. Площадь под ROC-кривой составила $0,918 \pm 0,051$ (95% ДИ: 0,819-1,000). Полученная модель была статистически значимой ($p<0,001$). Это указывает на высокую чувствительность (90,9%) и специфичность (87,5%) данного метода, а значение ИС к *Alternaria alternata* выше 1,3 является оптимальной диагностической точкой разделения (cut off) для выявления сенсibilизации к *Alternaria alternata* у пациентов с БА.

Вывод. Тест активации базофилов с использованием проточной цитометрии является перспективным методом в диагностике сенсibilизации к *Alternaria alternata* у пациентов с БА.

ИЗУЧЕНИЕ ХАРАКТЕРА НАРУШЕНИЙ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧИВШИХ КУРС МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Васильева В.А., Марченкова Л.А.
Национальный медицинский исследовательский
центр реабилитации и курортологии,
Москва

Цель. Изучить характер и степень нарушений мышечной силы, двигательной и координационной функций у пациентов, проходящих медицинскую реабилитацию и санаторно-курортное лечение.

Материалы и методы. Одномоментное исследование поперечного среза включило 160 пациентов в возрасте от 40 до 65 лет с нормальной и избыточной массой тела. Комплекс исследования включал: функциональные тесты и оценку мышечной силы и баланса.

Результаты. У пациентов с ожирением, по сравнению с лицами с нормальной массой тела того же возраста, выявлены достоверно ($p<0,05$) более низкие показатели мышечной силы правой и левой руки, силы мышц живота и спины, меньшая выносливость мышц живота и мышц спины и более длительное время выполнения теста «Встань и иди». Также при ожирении оказалось достоверно меньшее время удержания равновесия в тестах «Стойка на одной ноге» на правой и на левой ноге с открытыми глазами. Выявлена статистически значимая прямая зависимость между уровнем мышечной силы спины ($\gamma=-0,82$, $p=0,0038$) и массой тела. Также обнаружены достоверная связь между уровнем выносливости мышц спины к физической нагрузке и ИМТ, $\gamma=-0,79$, $p=0,01$. При этом не было выявлено зависимости между возрастом и уровнем выносливости мышц спины к физической нагрузке ($\gamma=0,107$, $p=0,36$).

Выводы. У пациентов с ожирением в возрасте 40-65 лет, по сравнению лицами с нормальной массой тела того же возраста и пола, наблюдается статистически значимое снижение мышечной силы рук, живота и спины, более длительное время выполнения теста «Встань и иди», а также ухудшение функции статического равновесия по результатам теста «Стойка на одной ноге».

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ КУРСА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Васильева В.А., Кончугова Т.В., Апханова Т.В.
Национальный медицинский исследовательский
центр реабилитации и курортологии,
Москва

Введение. Метаболический синдром (МС) часто встречается в общей популяции и часто сочетается с ухудшением качества жизни (КЖ).

Цель. Изучение эффективности метода немедикаментозного лечения, включающего физиотерапевтические факторы общего и локального воздействия на фоне физической активности на фоне применения методов ЛФК (балансотерапия, гидрокинезотерапия, групповые занятия ЛГ в зале, велотренировки с использованием велоэргометра) по сравнению с применением только лечебной физкультуры у пациентов с МС.

Материалы и методы. Проведено рандомизированное проспективное исследование на базе отделения медицинской реабилитации взрослых для пациен-

тов с соматическими заболеваниями №2 ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России. В исследование вошли 40 пациентов с МС, средний возраст которых составил 52,42 [48,0; 57,0] года, рандомизированных на две группы. Пациенты 1-й группы получили комплексный немедикаментозный метод, включающий пневмокомпрессию, электронный лимфодренаж, транскраниальную магнитную стимуляцию и методы лечебной физкультуры, с использованием балансотерапии, гидрокинезотерапии, групповых занятий лечебной гимнастикой (ЛГ) в зале и велотренировки с использованием велоэргометра. Пациенты 2-й группы получали только комплекс, включающий вышеперечисленные методы лечебной физкультуры. Курс немедикаментозного лечения пациентам обеих групп проводился на фоне низкокалорийной диеты (НКД).

Для оценки эффективности проведенного комплексного курса применялись антропометрические измерения, а также оценка качества жизни по шкале SF-36.

Результаты. У пациентов основной группы после проведения курса немедикаментозного лечения выявлено достоверное снижение показателей массы тела в кг ($p < 0,001$), снижение индекса массы тела (ИМТ) в $\text{кг}/\text{м}^2$ ($p < 0,001$), улучшение общего психического благополучия (ОПБ) ($p < 0,001$) и общего физического благополучия (ОФБ) ($p < 0,01$). Также после проведенного курса лечения у пациентов 1-й группы (основной) отмечено существенно значимое уменьшение окружности талии (ОТ) и окружности бедер (ОБ) в см ($p < 0,05$), по сравнению со 2-й группой (сравнения), по критерию Манна-Уитни. В исследовании были получены достоверные данные об ухудшении ОПБ в группе сравнения.

Выводы. Таким образом, применение комплексного немедикаментозного метода лечения с использованием электронного лимфодренажа, пневмокомпрессии, транскраниальной магнитной стимуляции на фоне применения методов ЛФК приводил к улучшению общего КЖ за счет улучшения ОПБ и ОФБ по соответствующим шкалам.

УРОВЕНЬ ТРАНСКРИПТОВ ДНРНК НОТАIR В ЛЕЙКОЦИТАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С РАННИМИ ФОРМАМИ НАЖБП

Васильева А.В.¹, Курбатова И.В.¹, Топчиева Л.В.¹,
Дуданова О.П.², Шиповская А.А.²

¹Карельский Научный Центр РАН,

²Петрозаводский государственный университет,
г. Петрозаводск

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) поражает от 25% до 30% взрослых жителей развитых стран. Выделяют клинико-морфологические

формы НАЖБП: стеатоз печени (СП), неалкогольный стеатогепатит (НАСГ) (с фиброзом и без него) и цирроз печени (ЦП). СП имеет субклиническое течение. Ранний НАСГ длительное время протекает бессимптомно, но может приводить к развитию ряда коморбидных патологий, ЦП и раку. Дифференциация НАСГ от СП является одной из ключевых проблем диагностики НАЖБП, поскольку биопсия печени имеет серьезные ограничения и практически не назначается на ранних стадиях патологического процесса. В связи с этим, поиск малоинвазивных биомаркеров НАЖБП особенно актуален для ранних форм данного заболевания. Активно обсуждается потенциальная применимость циркулирующих длинных некодирующих РНК (днРНК) в качестве биомаркеров для диагностики и прогноза НАЖБП. Антисмысловая РНК транскрипта НОХ (НОТАIR), может взаимодействовать с различными комплексами, модифицирующими хроматин, действуя как регулятор экспрессии генов-мишеней. Нокаут НОТАIR у мышей способствует снижению уровней общего холестерина и триглицеридов (ТГ). Умышей на высоко жировой диете уровень НОТАIR увеличивается. При этом в литературе отсутствуют сведения о том, как изменяется уровень транскриптов НОТАIR в крови пациентов с ранними формами НАЖБП.

Цель исследования. Сравнительный анализ уровней транскриптов днРНК НОТАIR в лейкоцитах периферической крови (ЛПК) пациентов с ранними формами НАЖБП (СП и НАСГ-СА).

Материалы и методы. Обследованы 26 пациентов с НАЖБП, из них 13 с СП и 13 пациентов с НАСГ-СА; а также 13 здоровых доноров. Группы сопоставимы по возрасту и ИМТ. Обследование проводилось на базе терапевтического отделения ЧУЗ КБ «РЖД-медицина» на ст. Петрозаводск. Диагноз НАЖБП с оценкой степени активности НАСГ устанавливался на основании традиционных клинических, лабораторных, инструментальных и гистологических данных. Критерии исключения: перенесенные в последний месяц инфекционно-воспалительные заболевания, беременность и лактация, курение. Был исключен вирусный, алкогольный, лекарственный и аутоиммунный генез поражения печени, сахарный диабет 1 и 2 типов.

Оценивали биохимические показатели крови: АЛТ, АСТ, билирубин и его фракции, альбумин, протромбин, ЩФ, холестерин, ЛПВП, ЛПНП, ТГ, глюкоза, СРБ. Уровень мРНК НОТАIR в ЛПК оценивали методом ПЦР в реальном времени относительно 18S rRNA. Обработку результатов проводили с помощью программы StatGraphicsPlus 5.0. Использовали U критерий Манна-Уитни и коэффициент корреляции Спирмена (r). Данные представлены в виде среднего, медиана дана в скобках.

Результаты. Среди традиционных лабораторных показателей, характеризующих функциональное состояние печени, достоверно был повышен уровень АЛТу пациентов с НАСГ-СА (38,49 (40,50)) по сравнению с контрольной группой (18,14 (14,25)) и СП

(22,19 (23,65)), р соответственно 0,002 и 0,029). Другие лабораторные показатели достоверно не отличались между группами. Уровень мРНК HOTAIR не отличался между группами и составил 0,29 (0,03) отн. ед. в контрольной группе, 0,07 (0,002) отн. ед. у пациентов СП и 0,20 (0,02) отн. ед. у НАСГ-СА. В группах исследования не выявлено корреляций между клинико-лабораторными показателями и уровнем транскриптов днРНК HOTAIR.

Выводы. Уровни транскриптов днРНК HOTAIR в ЛПК не различаются у здоровых людей и пациентов с ранними формами НАЖБП.

Работа выполнена в рамках государственного задания по теме № FMEN-2022-0009 (№ г. р. 122031100064-4) на оборудовании ЦКП КарНЦ РАН.

СТИМУЛЯЦИЯ ЗРИТЕЛЬНО-ПРОСТРАНСТВЕННЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ДЦП, СПАСТИЧЕСКАЯ ДИПЛЕГИЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ ЗАНЯТИЙ НА РОБОТИЗИРОВАННОМ КОМПЛЕКСЕ «ЭКЗОКИСТЬ-2» В СОЧЕТАНИИ С САНАТОРНО-КУРОРТНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ

Власенко С.В.

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

Двигательные нарушения у детей с детским церебральным параличом (ДЦП) являются одним из основных инвалидизирующих факторов, препятствующих полноценной социальной адаптации. Постуральная неустойчивость у детей с церебральным параличом является одним из основных патологических факторов препятствующих формированию самостоятельного передвижения.

Цель исследования. Изучение динамики стабилметрических показателей у больных ДЦП, спастическая диплегия под влиянием санаторно-курортного лечения и занятий на роботизированном комплексе «Экзокисть-2».

Материал и методы. Проведено рандомизированное сравнительное проспективное исследование. Под нашим наблюдением находилось 78 детей больных детским церебральным параличом, форма спастическая диплегия, проходивших лечение в ГБУ РК «Санаторий для детей и детей с родителями «Чайка» им. Гелиловичей». Длительность реабилитации составила 14 дней. Процедуры назначались в соответствии с клиническими рекомендациями, стандартами лечения данной патологии. В курсовое лечение включались

процедуры общего воздействия (пеллоидотерапия, гидрокинезотерапия в ваннах с термальной водой), а также местного (электростимуляция ослабленных мышц, магнитотерапия). Все дети проходили курс массажа, лечебной гимнастики. Все пациенты были распределены на две группы. Основную группу (ОГ) составили дети (28 ребенка), которым, помимо вышеперечисленных процедур, назначались занятия на роботизированном комплексе «Экзокисть-2». Контрольную группу (КГ) составили дети пошедшие курс санаторно-курортного лечения. Занятия проводились ежедневно, длительность одного сеанса составляла 20 минут. Тестирование проводилось на протяжении всех занятий. Изучались следующие параметры: коэффициент Ромберга QR-отношение площадей теста Ромберга при пробе глаза открыты и при пробе глаза закрыты, показывает соотношение вклада зрительного и проприоцептивного анализаторов. %. Показатель затраченной работы А, ДЖ, среднееквадратичное отклонение (смещение) проекции общего центра давления (ОЦД) по двум осям – фронтальной и саггитальной (X и Y, мм); показатель стабильности Stab %.

Результаты. Значимая положительная динамика показателей клинического статуса и стабилметрических параметров на фоне стабилотренинга с БОС наблюдалась у пациентов ОГ. Отмечалось достоверное увеличение показателя QR до среднего уровня $108,24 \pm 6,42\%$ ($p < 0,05$). В КГ было отмечено статистически недостоверное снижение показателя QR $68,21 \pm 3,42\%$ ($p > 0,05$). Энергетические затраты на поддержание позы в ОГ достоверно снизились и достигли средних показателей $56,23 \pm 2,76$ ДЖ, в КГ произошло незначительное снижение, статистически недостоверное ($98,36 \pm 21,48$ ДЖ $101,45 \pm 36,21$ ДЖ, $p > 0,05$). Статистически достоверной динамики по показателям среднееквадратичное отклонение (смещение) проекции общего центра давления (ОЦД) по двум осям в группах выявлено не было, однако отмечена тенденция на уменьшение данных показателей. Показатель стабильности (Stab) имел тенденцию к возрастанию до уровней: в ОГ $46,28 \pm 2,05\%$, ГС $44,16 \pm 3,21\%$ и КГ $38,67 \pm 5,11\%$ соответственно, $p > 0,05$.

Обсуждение. Проведенные занятия на роботизированном комплексе активизировали оба сенсорных входа. Ребенок, играя на экране, активизирует зрительный постуральный анализатор. Проводимое санаторно-курортное лечение с включением процедур пеллоидотерапии, гидрокинезотерапии вызывает нормализацию мышечного тонуса, снижение уровня спастичности. Таким образом, происходит изменения на уровне мышечного аппарата, активности рецепторов, реагирующих на постоянное напряжение. Статистически значимое увеличение показателя QR в ОГ и КГ свидетельствует о возрастании влияния окуломоторного входа на постуральную устойчивость исследуемых. Снижение QR в КГ свидетельствует об отсутствии активизации окуломоторного контроля, при изменении подошвенного, мышечного в сторону его возрастания после проведен-

ного комплекса санаторно-курортной реабилитации. В целом отмечено увеличение показателя Stab и снижение энергетических затрат на поддержание равновесия, что свидетельствует о выраженном положительном эффекте после комбинированного применения занятий на стабилометрическом комплексе, роботизированном комплексе «Экзокисть-2» и курсовом санаторно-курортном лечении. Преимущество методики игровых занятий на стабилометрическом комплексе заключается в простоте и неинвазивности и практически полном отсутствии противопоказаний. Немаловажным так же является то, что методика является «геймерской», ребенок находится в привычной для себя среде компьютерной игры. Таким образом, занятия на роботизированном комплексе «Экзокисть-2» помимо активизации мануальной деятельности ребенка оказывают так же положительное влияние на постурологические возможности детей с ДЦП через повышение зрительного контроля за поддержание позы. Влияние санаторно-курортного лечения детей с церебральным параличом невозможно переоценить. Так как, сочетание природных преформированных факторов, современных методов реабилитации, в том числе роботизированных, позволяет повысить эффективность всего реабилитационного комплекса.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Волжанина Н.С., Горшенин Т.Л.
Госпиталь для ветеранов войн,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить результаты лечения больных с дивертикулярной болезнью ободочной кишки.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 618 пациентов с ДБОК, проходивших лечение в СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» в период с 2015 по 2023 гг. Женщин было 481 (77,8%), мужчин – 137 (22,2%). Возраст больных варьировал от 36 до 98 лет, составив в среднем 74 года. Основной контингент пациентов составляли люди пожилого и старческого возраста. Для большинства больных старшей возрастной категории была характерна полиморбидность. Наиболее часто отмечались сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой (90%), неврологической (74%) и мочевыделительной систем (41%). В большинстве случаев дивертикулы располагались в левой половине ободочной кишки.

Результаты и их обсуждение. В структуре заболеваний пищеварительной системы среди пациентов Санкт-Петербургского Госпиталя для ветеранов войн

ДБОК занимает третье место. Уступая функциональным расстройствам кишечника и осложненному раку ободочной кишки. В постановке диагноза ДБОК наряду с клиническими методами обследования больного решающую роль приобретали: внутриспросветная эндоскопия ободочной кишки, а также рентгеновские методы визуализации: ирригоскопия и компьютерная томография органов брюшной полости. У 161 больных (26,1%) ДБОК носила бессимптомный характер и обнаруживалась, как находка или при выполнении фиброколоноскопии, или ирригоскопии и компьютерной томографии органов брюшной полости. У 356 (57,6%) пациентов ДБОК проявлялась в виде дивертикулита, что требовало проведения системной или местной антибактериальной терапии. У 47 (7,6%) больных ДБОК осложнилась кровотечением из дивертикулов. Лечение этой категории пациентов осуществлялось в условиях реанимационного отделения – проводилась системная гемостатическая терапия и эндоскопический гемостаз. В 54 (8,7%) случаях ДБОК осложнилась перфорацией дивертикула с развитием параколярного абсцесса или перитонита, что требовало проведения неотложного хирургического вмешательства. Летальные исходы отмечены в группе больных с острыми воспалительными осложнениями ДБОК – умерло 26 пациентов. Общая летальность составила – 4,2%.

Заключение. Дивертикулярная болезнь ободочной кишки отличается широкой распространенностью у лиц старшей возрастной группы. При отсутствии острых воспалительных осложнений дивертикулярной болезни, требующих неотложного оперативного вмешательства, у пациентов наблюдаются благоприятные результаты от консервативного лечения и сохранение качества жизни. Неудовлетворительные результаты отмечаются при острых воспалительных осложнениях ДБОК. Это обстоятельство требует своевременного лечения и профилактики осложнений ДБОК.

ВЛИЯНИЕ АКСИАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ НА ОЦЕНКУ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПО МНЕНИЮ ПАЦИЕНТА

Воробьева Л.Д., Коротаева Т.В., Логинова Е.Ю.,
Губарь Е.Е., Корсакова Ю.Л.
Научно-исследовательский институт ревматологии
им. В.А. Насоновой,
Москва

Цель. Псориатический артрит – хроническое, воспалительное заболевание, характеризующееся поражением ногтей и кожных покровов, периферическим артритом, энтезитом, дактилитом и аксиальным вовлечением в процесс. Распространенность аксиального

поражения при псориатическом артрите (аксПсА) по данным различных выборок варьирует от 25% до 70% пациентов. Все это влияет на качество жизни, связанного со здоровьем. Таким образом, целью нашего исследования является оценка влияния аксиального поражения при ПсА на оценку состояния здоровья

Материалы и методы. В исследование включено 172 пациента с ПсА (м/ж (n/%)= (52,3)/ 82(47,7)), соответствующие критериям CASPAR (2006). Средний возраст $45,1 \pm 11,8$ лет, длительность ПсА $113,1 \pm 80,4$ месяца, псориаза – $246,1 \pm 147,7$ месяца, активность заболевания по DAPSA – $28 \pm 22,2$. Всем пациентам проводилось стандартное ревматологическое обследование и оценка состояния здоровья по мнению пациента. Оценивалось число болезненных (ЧБС из 68) и припухших (ЧПС из 66) суставов, количество пораженных энтезисов с помощью модифицированного индекса LEI, который включал дополнительно оценку плантарной фасции, проводилась оценка тяжести псориаза по индексу BSA, оценка состояния здоровья по мнению пациента включала в себя: выраженность боли (ОБП) и оценку активности заболевания пациентом (ОЗП) по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) от 0 до 10 см, оценки по индексам BASDAI, HAQ, FACIT-F, PsAID-12. В дальнейшем, проводился сравнительный анализ двух групп пациентов: с аксиальным поражением – 95 (55,2%) и без аксиального поражения – 77 (44,8%).

Результаты и обсуждение. Сравнительный анализ двух групп показал, что у пациентов с аксиальным поражением достоверно выше отмечалась активность по индексу DAPSA ($39,2 \pm 20,5$ и $25,5 \pm 14,0$, $p < 0,0001$). Также в данной группе наблюдалось значительно больше число болезненных ($14,4 \pm 9,82$ и $8,37 \pm 5,57$, $p < 0,0001$) и число припухших суставов ($11,1 \pm 8,7$ и $4,84 \pm 2,89$, $p < 0,0001$), выше лабораторная активность по СОЭ (мм/ч) – $26,6 \pm 23,2$ и $15,0 \pm 13,3$, $p < 0,0001$ и СРБ (мг/л) – $23,4 \pm 22,0$ и $9,58 \pm 6,0$, $p < 0,0001$, соответственно. Обе группы были сопоставимы по количеству дактилитов ($p = 0,7$). В группе пациентов с аксиальным поражением достоверно чаще отмечался псориаз со средней и тяжелой степенью поражения по BSA – $27,75\%$ ($n = 48$), $p = 0,003$. При оценке показателей состояния здоровья по мнению пациентов выявлено, что больные с аксиальным поражением выше оценивают боль – $53,1 \pm 20,4$ и $24,1 \pm 20,7$ ($p < 0,0001$) и активность заболевания по шкале ОЗП $58,5 \pm 22,8$ и $24,8 \pm 19,6$ ($p < 0,0001$) и индексу BASDAI – $5,66 \pm 1,7$ и $1,57 \pm 1,36$, $p = 0,002$, соответственно. Анализ функционального статуса с помощью опросника HAQ показал, что у пациентов с аксиальным поражением хуже функциональный статус – $1,14 \pm 0,7$ и $0,81 \pm 0,53$ ($p = 0,003$). Также данные пациенты достоверно чаще испытывали усталость (по опроснику FACIT-F) – $39,8 \pm 8,95$ и $30,5 \pm 11,1$ ($p = 0,03$). Анализ 12 шкал с помощью опросника PsAID-12 показал, что у пациентов с аксиальным поражением достоверно отмечается ухудшение качества жизни по всем шкалам опросника ($p < 0,0001$).

Заключение. Таким образом анализ данных показал, что у пациентов с ПсА и аксиальным поражением выше активность заболевания, чаще выявлялась средняя и тяжелая форма псориаза, а также достоверно хуже оценка состояния здоровья по мнению пациентов, по сравнению с группой больных без аксиального поражения.

ИЗУЧЕНИЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Ганиева Н.А., Джурсева Э.Р.,
Зияева Ф.К., Бердиева Д.У.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Введение. Изучение особенностей поражения сердечно-сосудистой системы и ремоделирования миокарда по данным эхокардиоскопии у больных системной склеродермией (ССД).

Материалы и методы. Обследовано 68 больных ССД женского пола, находившихся на стационарном лечении в кардиоревматологическом и ревматологическом отделениях многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии, средний возраст больных $34,7 \pm 3,8$ лет. Всем больным проведено ультразвуковое исследование сердца с одновременной регистрацией доплер эхокардиограммы в импульсном режиме.

Результаты. При ЭхоКГ изменения выявлены у 91,4% пациентов ССД. Изменения перикарда и поражение клапанов установлены у 43% больных. Легочная гипертензия с СДЛА > 30 мм рт. ст. выявлена у 64,8%, с СДЛА > 35 мм рт. ст. – у 33,6% пациентов. Средний уровень СДЛА составил $34,09 \pm 0,82$ мм рт. ст. Гипертрофия ПЖ выявлена у 37% пациентов. Толщина стенки ПЖ у пациентов с ССД больше, чем у здоровых лиц ($p < 0,01$). Дилатация ПЖ выявлена у 60,2% пациентов. Диастолическая дисфункция ПЖ установлена у 37,7% пациентов. ФВ ЛЖ $< 45\%$ отмечена у 14,8% больных. Диастолическая дисфункция ЛЖ выявлена у 50,4% больных. Концентрическое ремоделирование ЛЖ установлено у 22,7% пациентов. Выявлены корреляционные взаимосвязи между СДЛА и длительностью заболевания, выраженностью одышки, ЖЕЛ, СРБ. Также установлены корреляции между толщиной стенки ПЖ и длительностью заболевания, выраженностью одышки, ЖЕЛ.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о большой частоте встречаемости поражения сердца у пациентов с ССД, а также о взаимосвязи выраженности ремоделирования миокарда с длительностью заболевания.

РОЛЬ ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 В РАЗВИТИИ ПОРАЖЕНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Ганиева Н.А., Джураева Э.Р., Бердиева Д.У.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель. Оценить уровни интерлейкина-6 (ИЛ-6) в сыворотке крови у больных системной склеродермией (ССД).

Материалы и методы. Обследовано 60 больных ССД в возрасте от 18 до 50 лет 54 жен и 6 муж в возрасте старше 18 лет, в среднем 50,4±15 лет находившихся на стационарном лечении в отделениях ревматологии и кардиоревматологии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Длительность заболевания составляла от 3 месяцев до 10 лет. Все больные дССД и лССД отвечали диагностическим критериям EULAR/EUSTAR 2013 г. У 40 больных имела место лимитированная форма ССД (лССД) и у 20 – диффузная (дССД). Помимо клинической характеристики кожной, сосудистой и висцеральной патологии, у всех больных определяли иммунологические (РФ) и общеклинические показатели крови (СОЭ, С-реактивный белок, общий белок и белковые фракции, креатинин). Уровень ИЛ-6 в сыворотке измеряли у пациентов с ССД (n=60) и здоровых людей в контрольной группе (n=20). Были изучены связи между уровнем ИЛ-6 в сыворотке и С-реактивным белком и ключевыми клиническими исходами при ССД.

Результаты. Уровень ИЛ-6 в сыворотке часто был повышен у пациентов с ССД, особенно у пациентов с диффузным ССД и повышенными маркерами острой фазы. Выраженная экспрессия в коже наблюдалась в дермальных фибробластах, мононуклеарных клетках и эндотелиальных клетках у пациентов с ранним диффузным ССД. Высокая экспрессия ИЛ-6 на ранней стадии диффузным ССД, по-видимому, связана с более тяжелым поражением кожи через 3 года и худшим долгосрочным выживанием, чем у пациентов без повышенных уровней ИЛ-6.

Заключение. Результаты исследования подтверждают клиническое значение ИЛ-6 при ССД может рассматриваться как маркер воспаления и фиброза, но также может быть клинического исхода при этом заболевании. Эти данные также служат обоснованием для клинических исследований, а также в качестве потенциальной антифибротической терапии ССД.

РОЛЬ ИНФЕКЦИОННЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ УЗЛОВОЙ ЭРИТЕМЫ

Ганиева Н.А., Мухиддинова С.М.,
Джураева Э.Р., Исраилов А.А.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

В последнее время внимание исследователей привлечено к изучению роли инфекционных факторов в развитии узловой эритемы.

Цель. Выявить роль инфекционных факторов в развитии узловой эритемы.

Материалы и методы исследования. Обследовано 27 пациентов с узловой эритемой в возрасте от 20 до 40 лет, находившихся на стационарном лечении в отделениях ревматологии и артрологии, кардиоревматологии, а также в поликлинике артрологического специализированного курса амбулаторного лечения многопрофильной клиники ТМА. Всем больным проведено общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование (АЛТ, АСТ, билирубин), иммунологическое обследование (СРБ, РФ, ds-ДНК, АНА, АНЦА), серологическое исследование (TORCH-инфекции), бактериологический посев из зева, рентгенография органов грудной клетки, УЗИ внутренних органов.

Результаты и обсуждение. Из 27 обследованных больных женщины составили 70,4% (19 пациентов), мужчины – 29,6% (8 пациентов). По возрасту больные распределились следующим образом: 20-25 лет – 9 больных (33,3%), 26-35 лет – 16 (59,3%), 36-40 лет – 2 пациента (7,4%). Анализ клинических симптомов у больных с узловой эритемой показал, что у 74,1% больных выявлены мягкие эритематозные или с наличием симптома «синяка» узлы диаметром 1-5 см и четкими границами, у – 18,5% лихорадка, у 7% – боль в горле, у 3,7% – диарея и боль в животе. При серологическом исследовании у 9 больных (33,3%) обнаружена *Chlamydomphila pneumoniae*, у 3 (11,1%) – Herpes simplex virus, у 2 (7,4%) – Cytomegalovirus, у 13 (48,2%) пациентов – Staphylococcus aureus.

Выводы. Таким образом, раннее выявление инфекционных агентов и клинических признаков с применением современных методов диагностики и настороженность врача в отношении узловой эритемы обуславливают возможность адекватного лечения данного заболевания.



КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МРТ-ВЕРИФИЦИРОВАННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ АТЛАНТОАКСИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

Гараева А.Р.¹, Лапшина С.А.¹, Габдуллина З.Н.²,
Заманова Э.С.², Абдулганиева Д.И.¹

¹Казанский государственный
медицинский университет,

²Республиканская клиническая больница,
г. Казань

Анкилозирующий спондилит (АС) относится к группе иммуновоспалительных заболеваний с преимущественным поражением аксиального скелета. Одним из наиболее информативных методов диагностики при данной патологии служит магнитно-резонансная томография (МРТ), которая входит в стандарты обследования. Однако, в рутинной терапевтической практике верхним шейным отделам позвоночника (ШОП) уделяется не столь пристальное внимание. Малоизученным изменением при АС является поражение краниовертебрального перехода (КВП), потенциально приводящий к серьезным неврологическим осложнениям. Риск возникновения атлантоаксиальной нестабильности достигает до 14%, клиническая манифестация которой, с серьезной неврологической симптоматикой, возникает только на поздних необратимых стадиях. На ранних стадиях диагностика поражения КВП при АС не проводится в связи с отсутствием специфических клинических проявлений, что затрудняет своевременную терапию.

Цель. Выявить особенность ранних МРТ-верифицированных изменений атлантоаксиальной области и их связь с клиническим течением у пациентов с АС.

Материалы и методы. Было проведено МРТ-исследование ШОП 93 пациентам, из них 43 – с установленным диагнозом АС, 50 – составили группу контроля (без иммуновоспалительных заболеваний и поражения шейного отдела позвоночника в анамнезе, сопоставимые по возрасту и полу). Среди пациентов с АС: 81,4% (n=35) – мужчин и 18,6% (n=8) – женщин. Средний возраст 45,9±12,63 года. Оценка активности АС проводилась по шкале ASDAS(CPB): очень высокая – 79,1% (n=34), высокая – 11,6% (n=5), низкая – 7% (n=3), средний показатель составил 3,56±1,12. Рентгенологическая стадия сакроилиита: 0 – 2,3% (n=1), 1 – 11,6% (n=5), 2 – 39,5% (n=17), 3 – 43% (n=8), 4 – 27,9% (n=12). Функциональная недостаточность (ФН): 3 – 44,2%

(n=19), 2 – 34,9% (n=15), 1 – 20,9% (n=9). Медиана длительности заболевания 168,14 [2;408] месяцев. Функциональные нарушения определялись по метрологическому индексу BASMI и опроснику BASFI. Оценивались интенсивность боли (по визуально аналоговой шкале (ВАШ)), ее характер по опросникам: нейропатическая (НБ) - Pain detect (PD), центральную сенситизация (ЦС) – CSI, всем пациентам с АС проводилась оценка неврологического статуса. Помимо стандартной визуальной оценки патологии костно-связочных и нервных структур по данным МРТ ШОП проводилось определение транслокации зубовидного отростка аксиса (ТЗА) с измерением 5 краниометрических параметров (КМП): линии рВ-С2 (рВ-С2), переднего (АДИ) и заднего атланто-дентального интервалов (ЗАДИ), угла ретрофлексии, линии Чемберлена.

Результаты. МРТ изменения КВП выявлены у 93% (n=40), в том числе костно-связочные изменения характерные в целом для АС: остеоит – 9,3% (n=4), жировая трансформация – 60,5% (n=26), энтезит – 72,1% (n=31). При этом 18,6% (n=8) – образованием бэкфила, 7% (n=3) – развитием кальциноза связок КВП, 2,3% (n=1) – анкилозом аксиса. У 4,7% (n=2) визуализировался синовит атлантоаксиального сустава (ААС). Что касается КМП, ранние отклонения выявлены у 55,8% (n=24). При углубленном изучении характера боли отмечено, что боль в шее наблюдается у 76,7% (n=33), воспалительного характера у 97,7% (n=42), невоспалительного у 72,1% (n=31) (ЦС-46,5,3% (n=20), НБ-62,8% (n=27)). Среднее значение боли по ВАШ 6,09±1,78. Боль в шее чаще встречалась у пациентов с ТЗА и была связана с НБ (rCp=0,311; p=0,043), интенсивность боли была выше у пациентов с ЦС (rCp=0,435; p=0,004). Отмечена зависимость ТЗА с активностью заболевания (rCp=0,323;p=0,035), наличием периферических артритов (rCp=0,610; p=0,001), числом болезненных суставов (rCp=0,344;p=0,026), функциональным ограничением по опроснику BASFI (rCp=0,389;p=0,010).

Выводы. Изменения атлантоаксиальной области на МРТ визуализируются у большинства пациентов с АС, характеризующиеся изменениями свойственными в целом для АС, так и наличием ранних признаков ТЗА вследствие воспалительных изменений в структурах ААС. Отмечено, что при подобных отклонениях боль имеет большую интенсивность, смешанный характер с преобладанием нейропатического компонента. При этом выше активность АС, число болезненных суставов, больше выражены ограничения функциональных способностей пациентов. Многокомпонентность боли в шее, особенно у пациентов с высокой активностью АС и степень функциональных ограничений, может быть поводом для проведения МРТ КВП и своевременной диагностики патологии этой области.

ТРУДНОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С УСТАНОВЛЕННЫМ ПЕРЕКРЕСТНЫМ СИНДРОМОМ В ВИДЕ СОЧЕТАНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ И СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Гаранина Ю.Е., Давыдов Д.А., Бручкус Е.А.,
Нестерович И.И.

ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова,
Санкт-Петербург

Цель. На основании клинического случая обратить внимание на особенности диагностики и лечения пациентов с редкой комбинацией двух ревматологических заболеваний

Материалы и методы. Данный клинический случай основан на ретроспективном анализе медицинской документации и данных обследования пациентки, неоднократно наблюдавшейся в условиях клиники НИИ Ревматологии и аллергологии (НИИ РИА).

Результаты и обсуждение. Пациентка И., 41 год, летом 2013 г. отметила боли и припухание в мелких суставах кистей и в коленных суставах, сопровождающиеся скованностью продолжительностью около 15 минут. Амбулаторно установлен ревматоидный артрит (РА), назначен метотрексат 10 мг в неделю со слабopоложительным эффектом. Зимой 2013 г. присоединилась боль и изменение цвета пальцев кистей при контакте с холодом. Осенью 2017 г. появились язвы в дистальных отделах пальцев кистей, заживали с трудом. Постепенно появилась сухость в глазах и во рту. В апреле 2018 г. госпитализирована в ревматологическое отделение. Лабораторно РФ – 23,5 МЕ/мл (N<20 МЕ), АНФ – 1:10240, АТ к Scl70 – 5,7 Ме/л (N=0-15). По результатам оценки ФВД выявлены признаки значительных рестриктивных нарушений вентиляционной способности легких. Установлена лимитированная форма системной склеродермии (ССД), протекающая в сочетании с ревматоидным артритом. В июне 2018 г. госпитализирована в кардиологическое отделение №2 НИИ РИА ПСПбГМУ. Лабораторно АНФ – 1:10240. Иммуноблот АНА: RNP/Sm 3+, SS-A 3+, Histone 3+, Nucleosome 3+. РФ, АЦЦП – отрицательно. Выполнена капилляроскопия: признаки «раннего» неактивного склеродермического паттерна. Консультирована офтальмологом: тест Ширмера OD 8 мм, OS 9 мм. Выполнена КТ ОГК: проявления интерстициального заболевания легких при диффузном заболевании соединительной ткани (ДЗСТ). Подтверждено представление о ССД согласно критериям ACR/EULAR 2013 г. Не получено убедительных данных в пользу РА в рамках перекрестного синдрома (диагноз снят). С учетом поражения легких произведена замена метотрексата на циклофосфамид 1000 мг/мес. и подключены системные ГК – преднизолон 15 мг в сутки. «Сухой синдром» в

сочетании со специфической иммунологической картиной (SS-A 3+), позволил также верифицировать вторичный синдром Шегрена.

В апреле 2019 г. госпитализирована в ПСПбГМУ. На фоне проводимой терапии наблюдалось улучшение кожных проявлений (кожный счет mRSS 14 баллов -> 6 баллов). По данным КТ ОГК, исследования ФВД – стабилизация процесса. Терапия циклофосфамидом продолжена до достижения 16 грамм, рекомендовано снижение дозы преднизолона до отмены. Выполнена манометрия пищевода – отсутствие перистальтики пищевода. С августа 2019 г. отменен циклофосфамид (достигнута доза 16 грамм), рекомендован прием микофенолата мофетила 2 г/сутки. От приема микофенолата мофетила пациентка отказалась. До июля 2022 г. – состояние стабильное, новых клинических проявлений не отмечала. Летом отметила язвенные дефекты в области пальцев кистей, передней поверхности левой голени. В декабре 2022 г. выполнила КТ ОГК – паттерн неспецифической интерстициальной пневмонии, плевральный выпот. В феврале 2023 г. госпитализирована на кардиологическое отделение №2 Клиники НИИ РИА. На момент поступления принимала преднизолон 10 мг/сут. Выявлена отрицательная динамика поражения легких в рамках ССД по данным исследования ФВД (ОЕЛ 51.9%, ФЖЕЛ 41.1%, DLCO 22.3%). По данным ЭхоКГ – отрицательная динамика легочной гипертензии (систолическое давление в легочной артерии 62мм рт.ст.). Не выявлено прогрессирования кожного склероза (mRSS – 3 балла). С учетом обнаружения двустороннего плеврального выпота по данным КТ ОГК, лейкопении с лимфопенией, низкого уровня С4-фактора комплемента, положительных антител к дсДНК, Sm-антител, положительной прямой пробы Кумбса была диагностирована системная красная волчанка, согласно критериям СКВ ACR/EULAR 2019г. Установлена высокая активность СКВ (SELENA-SLEDAI=156). Подтверждено представление о перекрестном синдроме (ССД и СКВ). В связи с отрицательной динамикой поражения легких, высокой активностью СКВ, ограничением в длительном приеме высоких доз ГК (опасность развития ренального склеродермического криза), инициирована комбинированная терапия гидроксихлорохином 400 мг в сутки, микофенолата мофетилем 2г/сутки, преднизолоном в редуцированной дозе (30 мг/сут.). В период после выписки отметила улучшение самочувствия – болей и скованности в суставах, эпизодов субфебрилета, проявлений феномена Рейно, новых высыпаний не появлялось, одышка в динамике без прогрессирования.

Вывод. Таким образом, несмотря на единый арсенал иммуносупрессивных агентов в лечении различных ДЗСТ, наличие перекрестного синдрома всегда требует персонализированного подхода в выборе терапевтической тактики.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИ-В-КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ С НАЧАЛОМ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

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 им. В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Дебют заболевания в пожилом возрасте при системной склеродермии (ССД) может сопровождаться более тяжелым течением и недостаточным эффектом от проводимой терапии. Целью нашего исследования было оценить изменения фиброза кожи на фоне анти-В-клеточной терапии препаратом ритуксимаб (РТМ) у пациентов с ССД и началом заболевания в пожилом возрасте.

Материалы и методы. В это проспективное исследование был включен 21 пациент с дебютом заболевания в пожилом возрасте (старше 60 лет). Они были отобраны из группы 151 пациента с ССД, которые получали РТМ в качестве терапии интерстициального поражения легких (ИПЛ). Средний период наблюдения составил $13 \pm 2,3$ месяца. Средний возраст 65 ± 4 года, в группе преобладали женщины – 15 пациентов (71%), диффузная форма заболевания была у 13 пациентов (62%). Средняя длительность заболевания – $3,6 \pm 3$ года. У 11 пациентов были положительные антитела к топоизомеразе-1. Все пациенты принимали преднизолон в дозе $12,6 \pm 5,5$ мг/сут, иммуносупрессанты получали 48% из них. Суммарная доза РТМ составила $1,5 \pm 0,7$ гр. Результаты представлены в виде средних значений.

Результаты и обсуждение. На фоне проведенной терапии отмечено достоверное снижение кожного счета с $20,6 \pm 14$ до $10,8 \pm 9,4$ баллов ($p=0,001$), что отражало снижение выраженности кожного фиброза. Это сопровождалось снижением индекса активности заболевания (EScSG-AI) с $4,2 \pm 2,1$ до $1,3 \pm 1$ баллов ($p=0,001$). Был отмечен стероидсберегающий эффект терапии – доза преднизолона снижена с $12,6 \pm 5,5$ до $9,3 \pm 4,2$ мг/сут.

Выводы. В нашем исследовании наблюдалось выраженное улучшение фиброза кожи через год после начала терапии РТМ, что сопровождалось снижением активности заболевания. РТМ можно рассматривать как эффективный вариант терапии поражения кожи у пациентов с дебютом ССД в пожилом возрасте.

ВЗАИМОСВЯЗЬ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ И ОТВЕТ НА АНТИ-В-КЛЕТОЧНУЮ ТЕРАПИЮ

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

Цель исследования. Интерстициальное поражение легких (ИПЛ) является одним из наиболее тяжелых проявлений системной склеродермии (ССД). Острофазовые показатели (С-реактивный белок и скорость оседания эритроцитов (СОЭ)) связаны с высокой активностью и повышением смертности при ССД. Терапия ритуксимабом (РТМ) при ССД показала хорошую эффективность в отношении ИПЛ. Однако, все еще необходимы данные о предикторах лучшего ответа на РТМ. Целью нашего исследования было оценить динамику СРБ и СОЭ у пациентов с ИПЛ, ассоциированным с ССД, на фоне терапии РТМ.

Материалы и методы. Всего в это исследование включено 100 пациентов с достоверным диагнозом ИПЛ, ассоциированного с ССД. Средний период наблюдения составил $12,6 \pm 10,7$ месяцев. Средний возраст был 47 ± 13 лет, женщин было 84%, диффузная форма заболевания – у 55%, лимитированная – 37%, перекрестная – 8%. Средняя длительность заболевания составила $6,2 \pm 5,5$ года. Все пациенты получали преднизолон, иммуносупрессанты на момент включения получали 47%. Суммарная доза РТМ составила $1,7 \pm 0,6$ грамма. Результаты представлены в виде средних значений, дельты, медианы, нижнего и верхнего квартиля.

Результаты и обсуждение. На фоне терапии отмечено увеличение форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) с $78,5 \pm 20$ до $82,6 \pm 20\%$ ($p=0,001$). Диффузионная способность легких (ДСЛ) оставалась стабильной ($\Delta\text{ДСЛ}=0,3\%$). Исходно более высокий уровень СРБ наблюдался у пациентов с более тяжелым течением ИПЛ. В группе пациентов с ФЖЕЛ ниже 59% – уровень СРБ был $19,7 \pm 9$ мг/л. В то же время, в группе пациентов с ФЖЕЛ выше 70% – СРБ составил $5,6 \pm 5,4$ мг/л. Отмечалось снижение СРБ в общем по группе с $13,1$ [8,7; 26,6] до $6,9$ [2,5; 11,8] мг/л ($p=0,001$). Отмечалось снижение СОЭ с $43,2 \pm 12,7$ до $21,8 \pm 12,5$ мм/час ($p=0,001$). Более выраженное улучшение ФЖЕЛ наблюдалось в группе с исходной ФЖЕЛ менее 59% – $\Delta\text{ФЖЕЛ}=8,9\%$. В то же время, в группе с исходной ФЖЕЛ выше 70% – $\Delta\text{ФЖЕЛ}=2\%$. Обнаружена умерен-

ная статистически значимая корреляция между ФЖЕЛ и СРБ ($r=-0,264$, $p=0,001$) и между ФЖЕЛ и СОЭ ($r=-0,221$, $p=0,001$). Умеренная статистически значимая корреляция обнаружена между ДСЛ и СОЭ ($r=-0,352$, $p=0,001$), а также между ДСЛ и СРБ ($r=-0,341$, $p=0,001$).

Выводы. Увеличение острофазовых показателей преобладает при тяжелом течении ИПЛ. На фоне терапии наблюдалось снижение СРБ и СОЭ, что коррелировало с улучшением ФЖЕЛ и ДСЛ. У пациентов с исходно более низкой ФЖЕЛ и более высоким уровнем СРБ был лучший ответ на терапию РТМ. РТМ является эффективным вариантом лечения ИПЛ, ассоциированного с ССД, с повышением острофазовых показателей.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РАДИАЦИОННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ФУНКЦИЮ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПРЕНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

Главатских Ю.О., Механтьева Л.Е.,
Енин А.В., Перцев А.В.
Воронежский государственный медицинский
университет им. Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения в мире более 665 миллионов человек имеют патологию щитовидной железы. При этом, более 526 тысяч случаев было зарегистрировано в 2023 году на территории Российской Федерации среди детей в возрасте от 0 до 17 лет. Во многих исследованиях лучевая нагрузка на щитовидную железу в детском возрасте является наиболее четко выраженным фактором окружающей среды, связанным с доброкачественными и злокачественными опухолями щитовидной железы. Риск развития узлов щитовидной железы и рака щитовидной железы после облучения связан с дозой облучения и возрастом (выше у детей, подвергшихся воздействию в раннем возрасте), и риск сохраняется на протяжении всей жизни. Радиационное облучение однозначно повышает риск развития доброкачественных узлов щитовидной железы и гипотиреоза. Также стоит отметить, что особенно радиочувствительным является внутриутробный период, так как щитовидная железа плода, в том числе, способна поглощать изотопы йода (I-131).

Цель исследования. Определение риска развития доброкачественных и злокачественных образований щитовидной железы у пациентов, подвергшихся радиационному воздействию в пренатальный период развития ребенка.

Материалы и методы. Нами было проведено ретроспективное когортное исследование, в которое были включены 258 пациентов от 37 до 38 лет

(184 женщины, 74 мужчины), матери которых в период беременности находились в непосредственной близости к загрязненным участкам в последствии аварии на Чернобыльской АЭС. Была произведена оценка пренатальной дозы I-131 для щитовидной железы (средний – 68,7 мГр). Все пациенты, включенные в исследование, дважды проходили скрининговые обследования щитовидной железы. Анализ данных был произведен с помощью условной логистической регрессии с использованием нескольких различных моделей. Все статистические тесты были двусторонними.

Результаты исследования. Среди пациентов, включенных в исследование, у 56 пациентов (21,7%) была выявлена патология щитовидной железы, из них у 48 пациентов наблюдались доброкачественные новообразования щитовидной железы (85,7%), а у 8 пациентов были выявлены злокачественные новообразования щитовидной железы (14,2%). При анализе влияния полученной дозы облучения на функцию и структуру щитовидной железы была получена прямая корреляционная связь средней силы между полученной в пренатальный период дозой облучения и риском развития рака щитовидной железы ($p<0,01$). При этом, в зависимости от полученной дозы оценочное соотношение шансов рака щитовидной железы варьировалось от 4,9 до 7,9 в зависимости от модели риска. Линейная доза-реакция наблюдался до 1,5-2 Гр. Важно отметить, что риск рака щитовидной железы был выше в областях с дефицитом йода, а введение йодида калия в качестве пищевой добавки достоверно снижало риск развития злокачественных новообразований щитовидной железы.

Обсуждение. Среди пациентов, которые подверглись воздействию радиоактивных осадков I-131 в результате аварии на Чернобыльской АЭС в утробе матери, наблюдался рост рака щитовидной железы. Это согласуется с другими научными данными, однако неясно, насколько далеко можно экстраполировать опыт Чернобыля, так как, согласно результатам исследования, могут играть роль и другие факторы, такие как дефицит йода, который способствует повышенному поглощению радиоактивного йода щитовидной железой.

Выводы. Воздействие I-131 в период внутриутробного развития однозначно может быть связано с повышенным риском развития рака щитовидной железы в дальнейшем. При этом, важно учитывать возможный йододефицит, так как именно уровень содержания йода способен повлиять на высоту риска. Полученные результаты играют большую роль для сохранения здоровья населения: регулярное потребление йодосодержащих продуктов в популяциях с дефицитом йода могут значительно снизить риск рака щитовидной железы, связанного с радиоактивным йодом, в случае воздействия радиоактивного йода в детстве, которое может произойти после радиационных аварий или во время медицинских диагностических и терапевтических процедур.

ВЛИЯНИЕ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА КОГНИТИВНЫЙ СТАТУС И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНУЮ СФЕРУ ЖЕНЩИН

Главатских Ю.О., Деряева О.Г.,
Перцев А.В., Деряева А.Г.
Воронежский государственный медицинский
университет им. Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Актуальность. В структуре эндокринных заболеваний одно из основных мест занимает патология щитовидной железы. Развитие интеллектуальной и личностной сферы представлено приоритетом социального уровня организации личности, который может изменяться в случае нарушений соматической сферы. Роль патологий щитовидной железы остается одним из ведущих нарушений психоэмоциональной и когнитивной сфер в клинической картине, что приводит к снижению качества жизни этих пациентов.

Цель исследования. Выявить нарушение психоэмоциональной сферы и когнитивного статуса женщин с ультразвуковыми признаками увеличения объема щитовидной железы по сравнению с женщинами, имеющими ее нормальный объем.

Материалы и методы. 122 женщины обследованы на амбулаторном приеме у участкового врача общей практики с дальнейшим определением объема щитовидной железы с помощью ультразвукового исследования на марке Vivid. Когнитивный статус пациентов оценивали с помощью критерия Шульце. Степень тяжести депрессии диагностировали по шкале депрессии Гамильтона (HDRS). Качество жизни оценивали по шкале оценки субъективной астении (MFI-20).

Результаты. По результатам диагностики у 54% обследованных женщин отмечено увеличение объема щитовидной железы ($19,01 \pm 0,64 \text{ см}^3$). При анализе полученных данных отмечено ухудшение результатов опросников по оценке когнитивного статуса, качества жизни, а также показателей шкалы депрессии у женщин с выявленным увеличением объема щитовидной железы.

Выводы. Выявленные ультразвуковые признаки патологии щитовидной железы коррелируют со снижением показателей психоэмоциональной, когнитивной сфер, а также увеличением астенических проявлений согласно результатам опросников. Среди обследованных пациентов у 54% наблюдалось увеличение объема щитовидной железы. У этих пациентов неспецифические жалобы на ухудшение общего состояния и психоэмоциональной сферы были подтверждены данными использованных опросников. Все женщины, принимавшие участие в исследовании, были дополнительно обследованы, направлены к соответствующим специалистам и получили необходимое лечение.

ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ. КАК ДИАГНОСТИРОВАТЬ?

Главатских Ю.О., Перцев А.В.
Воронежский государственный медицинский
университет им. Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Введение. В настоящее время, несмотря на широкие диагностические возможности медицины, проблема своевременного выявления инфекционного эндокардита по-прежнему остается актуальной. В группу риска входят лица, прежде всего с опийной наркоманией, иммунодефицитом, после инструментальных стоматологических и урологических вмешательств, также необходимо соблюдать преемственность в обследовании лихорадящих больных и на последующих этапах.

Цель. Проанализировать возможности своевременного выделения среди пациентов с лихорадкой группы риска по инфекционному эндокардиту, при проведении комплекса диагностических мероприятий, обязательно включающих ЭхоКГ на уровне приемного отделения.

Материалы и методы. В исследование было включено 67 лихорадящих больных (длительность лихорадки не менее 10 дней) в возрасте от 27 до 69 лет, поступивших в терапевтическое отделение и представлявших группу риска по инфекционному эндокардиту. Помимо диагностических процедур, которые включали в себя рентгенографию органов грудной клетки, общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, бактериологический посев крови на микрофлору, пациентам была проведена ЭхоКГ.

Результаты. Инфекционный эндокардит был выявлен у 33 больных. При этом вегетации на клапанных структурах сердца были обнаружены у 14 пациентов с опийной наркоманией, у 3 – с тяжелой пневмонией, у 8 – после инвазивных лечебных и диагностических манипуляций (катетеризация мочеточника и подключичной вены, цистоскопия, выскабливание полости матки), у 2 – после экстракции зуба, у 3 – на фоне хирургического сепсиса, у 3 – с врожденными пороками сердца. Локализация вегетаций была различной. Чаще всего поражался трикуспидальный клапан (при опийной наркомании, флебите подключичной вены и т.д.), реже – аортальный и митральный. В двух наблюдениях имело место поражение нескольких клапанов. У трех больных с опийной наркоманией инфекционный эндокардит был диагностирован уже на поликлиническом этапе.

Выводы. Выявление уже на догоспитальном этапе среди лихорадящих пациентов групп риска по инфекционному эндокардиту, проведение им комплексного обследования, включающего ЭхоКГ, а также преемственность диагностики на госпитальном уровне обеспечивает своевременное начало терапии и положительную динамику в течение заболевания.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОЦЕНКИ РИСКА ПЕРЕЛОМОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КАЛЬКУЛЯТОРА FRAX В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Гладкова Е.Н.^{1,2}, Серегина М.С.², Соболева А.А.²

¹СЗГМУ им. И.И. Мечникова,

²Клиническая ревматологическая больница №25,
Санкт-Петербург

Более 10 лет в России для оценки риска переломов применяется калькулятор FRAX, подсчитывающий на основании наличия у пациента клинических факторов риска индивидуальный 10-летний риск основных остеопорозных переломов (ООП) (проксимального отдела бедренной кости, проксимального отдела плечевой кости, дистального отдела предплечья и тел позвонков), а также отдельно – риск перелома проксимального отдела бедренной кости. Использование калькулятора FRAX рекомендовано в качестве инструмента, позволяющего выделить группу лиц, подлежащих направлению на денситометрию или инициации терапии остеопороза.

Корректность подсчета риска переломов с использованием калькулятора FRAX является важным фактором, обеспечивающим выявление групп пациентов, подлежащих терапии. Особенно это касается врачей первичного звена здравоохранения, являющихся самой многочисленной категорией врачебного сообщества, имеющей возможность выявления пациентов с высоким риском переломов.

В то же время данных о практическом применении калькулятора FRAX в условиях оказания первичной медико-санитарной помощи недостаточно, что определило цель настоящего исследования: проведение оценки корректности подсчета 10-летней вероятности переломов по FRAX врачами первичного звена с последующим анализом влияния полученных результатов на маршрутизацию пациентов.

Материал и методы. Данная работа выполнена в рамках когортного исследования для оценки эффективности популяционного скрининга на высокий риск переломов на базе городской поликлиники №25 Невского района г. Санкт-Петербурга. На этапе подготовки к исследованию было проведено обучение врачей поликлиники (участковых терапевтов, невролога, эндокринолога, ревматолога, травматологов) по вопросам диагностики и лечения остеопороза, включая технологию подсчета и интерпретации FRAX. В исследование включались все мужчины и женщины в возрасте 40 лет и старше (женщины – в периоде постменопаузы), обратившиеся по различным поводам на амбулаторный прием к участковому врачу или любому специалисту поликлиники из числа обученных.

За 2017-2020 гг. врачами поликлиники оценка риска переломов с использованием калькулятора FRAX

проведена у 11013 чел., что составило 31,7% от всего прикрепленного населения в возрасте 40 лет и старше. Сведения о факторах риска и рассчитанном риске переломов заносились в единую базу данных с последующим анализом. Была выделена группа пациентов, с наличием значимых отличий (30% и более) полученного значения риска ООП от среднего для данного пола, возраста и факторов риска (1 183 пациента). Этим пациентам был выполнен пересчет 10-летней вероятности переломов с оценкой полученного показателя FRAX на графике порога диагностического вмешательства и анализом тактики, выбранной врачами первичного звена на основании первичного расчета риска переломов.

Результаты. При проведении оценки среднего риска переломов по возрастным группам и факторам риска подлежали пересчету значения риска FRAX у 1183 пациентов – 10,7%. Доли мужчин и женщин, у которых риск переломов подлежал пересчету, различались и составили 5,4% и 12,8% соответственно, $p=0,0021$. Средний возраст пациентов в группе пересчета риска составил $62,3 \pm 11,3$ года, мужчины были моложе женщин на 11,4 лет, $p=0,0001$.

Проведено сравнение значений риска основных остеопорозных переломов до и после пересчета. У мужчин исходное среднее значение риска переломов было ниже, чем у женщин ($8,5 \pm 4,2$ и $12,0 \pm 9,2\%$ соответственно), и не изменилось после пересчета ($8,6 \pm 3,0$), в то время как у женщин отмечалось увеличение среднего значения рассчитанного риска до $13,9 \pm 8,3\%$.

Для оценки влияния проведенного пересчета значений риска на маршрутизацию пациентов (направление на денситометрию или лечение) полученные значения риска ООП были оценены на наличие или отсутствие перехода между категориями: низкий риск (зеленая зона графика), неопределенный риск (желтая зона), высокий риск (красная зона). У большинства пациентов (83%) после перерасчета риска его категория не изменилась. Риск перешел в более высокую категорию у 15% пациентов. У мужчин категория риска осталась без изменений достоверно чаще (90,2%), по сравнению с женщинами (81,7%), $p=0,007$.

В общей группе исследуемых ($n=11013$), доля пациентов, у которых категория риска повысилась после пересчета значений FRAX, составила 1,6% и была выше среди женщин (2,1%) по сравнению с мужчинами (0,4%), $p=0,003$. Ошибки в расчете FRAX привели к недооценке высокого риска переломов у 41 человека, что составило 0,4%.

Выводы. Проведенное исследование показало, что врачи первичного звена применяли калькулятор FRAX корректно. Доля ошибочных расчетов риска переломов была невысока и значимо не влияла на изменение маршрутизации пациентов с высоким риском переломов. Тем не менее, обучение врачей первичного звена технологии подсчета и интерпретации FRAX является необходимым элементом в организации медицинской помощи пациентам с высоким риском переломов.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СРЕДОВЫХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В СТОЛИЧНОМ МЕГАПОЛИСЕ

Глебов В.В.

Институт проблем управления
им. В.А.Трапезникова РАН,
Москва

Студенческие годы, годы, когда формируются навыки здорового и безопасного образа жизни. Однако дефицит знаний по вопросам здорового образа жизни и нежелание его вести могут оказать негативное воздействие на здоровье человека и в первую очередь на сердечно-сосудистую заболеваемость. В этой связи нами в 2023 году в столичном мегаполисе было проведено исследование по комплексному влиянию факторов биосоциальной среды на уровень заболеваемости учащейся молодежи.

Цель исследования. Анализ распространенности среди студентов некоторых факторов среды и поведения, которые оказывают значимое влияние на развитие сердечно-сосудистых заболеваний среди учащейся молодежи, обучающихся в системе высшей школы.

Материалы и методы. С помощью анкетирования был проведен опрос 984 студентов первого курса (юноши и девушки, средний возраст 18,1 года) Российского университета дружбы народов (г. Москва) для оценки уровня физической активности, статуса курения, употребления алкоголя, пищевых пристрастий. Помимо этого нами была проведена психологическое тестирование на выявление уровня тревожности (тест Спилбергера-Ханина).

Результаты и обсуждение. Анкетирование выявило, что исследуемая выборка была широко представлена различными регионами страны и была в целом сопоставима: Москва (n=142), Центральный регион России (n=135), Поволжье (n=149), Дагестан и Чечня (n=161), Уральский регион (n=124), китайские студенты (n=132), арабские студенты (n=141).

Анализ полученных данных анкеты выявил, что 36,3% студентов ведут малоподвижный образ жизни, где в большей степени доминировали девушки. Вредным привычкам подвержены около половины студентов: курят 46,1% студентов из них 29,4% юношей и 18% девушек. В исследуемой выборке большая часть курящих были арабские студенты (89,9%), студенты из Поволжье (74,1%) и Чечни (51,3%). Средняя и высокая никотиновая зависимость отмечалась у 24,2% опрошенных. Употребляют алкоголь 72,1% студентов. Сравнительный анализ не выявил значимых различий по распространенности злоупотребления алкогольными напитками между девушками и юношам.

Пищевой режим у исследуемой выборки показал что: нерегулярно питаются 23,3% респондентов, где в большинстве случаев лидировали девушки (63,6%);

не сбалансировано питались 36,1% студентов исследуемой выборки: преобладали быстро углеводистая продукция (чай, пирожные, печенье), где в большей мере доминировали юноши (69,9%). Достаточно много как среди девушек, так и юношей в пище используется соль – 59,9%. Море продукты и овощи в своем ежедневном рационе используют только 32,4%, где в большей степени преобладали девушки (72,1%), по сравнению с юношами.

Из дополнительных факторов городской среды, на которые жаловались студенты, оказались: высокая степень загазованности атмосферного воздуха (62,1%), городской шум (50,3%), дефицит солнца (47,7%) и большая скученность (плотность) населения (42,4%).

Психо-социальные и информационные перегрузки оказывают также неблагоприятное воздействие на психоэмоциональную сферу исследуемой выборки студентов, что подтвердил тест Спилбергера-Ханина. Было выявлено, что ситуативная тревожность была неадекватной и у большинства девушек (64,7%) и юношей (50,9%) она была на уровне «высокий» (46 баллов и выше). Показатели личностной тревоги исследуемой выборки также были высокими 61,1% 48,9% соответственно.

Выводы. Таким образом, анализ результатов анкетного исследования и психологического тестирования психо-эмоциональной сферы студентов дает основание сделать следующий вывод: 1. Среди представленных в исследовании средовых факторов биосоциальной среды на возможное развитие сердечно-сосудистых заболеваний и их распространение в студенческой среде является употребление алкоголя, курение недостаточно здоровый пищевой режим. 2. Отмечена, что гиподинамия, которая составляла чуть больше трети исследуемой выборки также неблагоприятна для хорошего функционирования сердечно-сосудистой системы. 3. Отдельной задачей в практике здоровья необходимо уделить внимание пищевому поведению студентов. К сожалению, недостаточная пропаганда среди студентов уделяется культуре питания. Кроме этого, из-за дефицита времени, часть студентов (32,3%) питается «на ходу» (из-за больших очередей в столовых, недостаточного обеденного перерыва). Это ситуация требует дополнительного внимания как со стороны администрации вуза так и дирекции общепита.

АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДОЛГОЖИТЕЛЯМ

Гоценко В.В.¹, Гугалев Г.С.¹, Горшенин Т.Л.²,
Завгородний И.И.¹, Савина Л.И.¹

¹Городская поликлиника №44,

²СЗГМУ им. И.И. Мечникова,

Санкт-Петербург

В настоящее время старение населения является одной из наиболее серьезных социально-экономи-

ческих и биомедицинских проблем. По данным ООН, «наиболее быстро растущий сегмент старческой популяции – это лица 80 лет и старше». Общемировые демографические постарения населения присущи и Санкт-Петербургу – за последние двадцать лет в городе удвоилось количество долгожителей. В этой связи вопросы оказания медицинской помощи долгожителям становятся особенно актуальными. Для поддержания физического, психического и социального здоровья этой группы людей потребуются усилия не только медицинских, но и социальных организаций.

Цель исследования. Изучить характер заболеваемости и данные об обращаемости за разными видами медицинской помощи долгожителей, на примере городской поликлиники.

Материалы и методы. Проанализированы данные о заболеваемости и обращаемости пациентов долгожителей, находящихся на диспансерном учете в СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №44». СПб ГБУЗ ГП №44 оказывает медицинскую помощь пациентом Фрунзенского района Санкт-Петербурга. Прикрепленное население поликлиники на конец 2023 года составило – 48510 человек, из них долгожители – 2620 (5,4%). Среди людей старшей возрастной категории преобладают женщины – 1812 (69%), мужчин – 808 (31%).

Результаты и их обсуждение. При изучении обращаемости к специалистам в Городскую поликлинику №44 выявлено, что наиболее часто пациенты-долгожители обращались к терапевту – количества обращений составило 6998. При этом среди женщин-долгожителей этот показатель составил 5458, а среди мужчин-долгожителей – 1540. Количество обращений к врачам-специалистам узкого профиля составило 2772: среди женщин-долгожителей – 1829, а среди мужчин-долгожителей – 943. В обследованной возрастной категории частота обращений к врачам-специалистам была выше среди женщин почти в 2 раза (66%), чем среди мужчин (34%).

Анализ сведений о заболеваемости свидетельствует о том, что среди долгожителей наиболее часто встречаются заболевания сердечно-сосудистой системы – ими страдали 98% обследованных. На втором месте по распространенности были заболевания опорно-двигательного аппарата, которыми страдали 92% обследованных. Довольно часто у долгожителей выявлялись поражения нервной системы – ими болели 86% всех наблюдаемых. Различная патология почек и мочеполовой системы выявлена у 26% пациентов. Поражения органа зрения выявлено у 1100 (42%) больных. Заболеваниями эндокринной системы страдали 3% обследованных. Таким образом, для пациентов-долгожителей характерна полиморбидность, при этом, нередко, у больных обнаруживалось более пяти одновременно протекающих заболеваний.

Выводы. 1. Пациенты-долгожители составляют 5,4% от всех возрастных категорий прикрепленного населения СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №44».

2. Более частое обращение к терапевту и врачам-специалистам долгожителей свидетельствует о высоком уровне полиморбидности и активной диспансеризации данной категории населения. 3. С учетом увеличения когорты долгожителей в структуре населения, очевидно, необходимо повышения квалификации персонала и специальной подготовки кадров по специальности «гериатрия».

УРОВЕНЬ РАСТВОРИМОГО ST-2 В СЫВОРОТКЕ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Горбунова Ю.Н., Кириллова И.Г., Попкова Т.В.,
Диатроптов М.Е., Насонов Е.Л.
Научно-исследовательский институт
ревматологии им. В.А. Насоновой,
Москва

Актуальность. Интерлейкин-33 (ИЛ-33) играет важную роль в патогенезе ревматоидного артрита (РА). В литературе обсуждается роль растворимого ST2, рецептора ИЛ-33, при РА.

Цель. Сравнить уровни растворимого ST2 в сыворотке пациентов с РА и в контрольной группе, а также оценить динамику уровней данного маркера исходно (на фоне неэффективной базисной противовоспалительной терапии (БПВТ) и через 12 месяцев комбинированной терапии (БПВТ+генно-инженерная биологическая терапия).

Материалы и методы. Включено 47 пациентов (39 жен /8 муж) с РА, медиана возраста 51 [39,0; 63,0] год; серопозитивных по IgM РФ (79%) и АЦЦП (62%), с высокой активностью РА (DAS28 5,7 [5,2; 6,4]; SDAI 35,0 [29,1; 43,6], CDAI 34,0 [25,0; 43,0]) баллов, медиана длительности заболевания 4,0 [3,0; 14,0] года. На момент включения в исследование пациенты получали базисную противовоспалительную терапию (БПВТ) (44% – метотрексат, 67,4% – глюкокортикоиды. В связи с недостаточной эффективностью БПВП пациентам с РА (n=21) назначена терапия ГИБП: анти-В-клеточная терапия – 52,4%, ингибиторы ФНО-альфа – 38%, ингибиторы ИЛ-6 – 9,6% больным. Группу контроля составили 20 доноров без ревматических заболеваний. Концентрацию ST-2 определяли ИФА (Cristal Diagnostics, San Diego). Верхняя граница нормы при тестировании 20 сывороток здоровых доноров составляла 17,65 нг/мл, соответствующая 95 перцентилу.

Результаты исследования. Сывороточный уровень растворимого ST2 у больных РА был выше, чем в группе контроля (14,2 [11,5; 20,1] нг/мл против 10,65 [9,3; 13,1] нг/мл (p<0,001).

В группе пациентов (n=21), получавших комбинированную терапию в течение 12 месяцев, наблюдалось статистически значимое снижение клинико-ла-

бораторной активности (СОЭ (27,0 (16,0; 45,0) против 16,0 (10,0; 23,5) мм/ч, ($p=0,03$)), СРБ (20,6 (11,7; 34,1) против 3,15 (1,2; 7,2) Мг/л, ($p=0,03$)), уровней IgM РФ (84,4 (20,8; 163,0) против 32,2 (10,6; 107) МЕ/мл, ($p=0,01$)) и растворимого ST2 в сыворотке крови, по сравнению с исходным уровнем (13,8 [11,5; 18,4] нг/мл против 12,5 [9,6; 13,8] нг/мл ($p=0,008$)).

Заключение. У пациентов с РА и высокой активностью заболевания уровень растворимого ST2 в сыворотке был выше, чем в группе контроля. Через 12 месяцев эффективной противоревматической терапии уровень данного маркера снижался.

СЫВОРОТОЧНЫЕ БИОМАРКЕРЫ И СУБКЛИНИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Горбунова Ю.Н., Кириллова И.Г., Попкова Т.В.,
Авдеева А.С., Насонов Е.Л.

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

Цель. Определить уровни биомаркеров (NT-proBNP, пентраксина, галектина-3 и растворимого ST2) в сыворотке больных ревматоидным артритом (РА), их взаимосвязь с клиническими, лабораторными проявлениями РА, а также частоту дисфункции миокарда с помощью эхокардиографии методом speckle tracking у пациентов с РА.

Материалы и методы. В исследование было включено 43 пациента с РА (критерии ACR/EULAR, 2010 г.): 84% женщины, возраст 53,0 [38,0; 63,0] лет, длительность заболевания 60,0 [36; 180] мес; DAS28 5,9 [5,2; 6,4], положительные по АЦЦП (74%), IgM РФ (81%), без предшествующей ГИБТ и ССЗ. Всем пациентам был проведен мониторинг артериального давления (АД), эхокардиография, тканевая доплерография и оценка методом speckle tracking ГПДМ ЛЖ. Метотрексат получали 44% больных РА, 35% – лефлуномид, 9,3% – сульфасалазин, 7% – гидроксихлорохин, 67,4% – глюкокортикоиды, 74% – нестероидные противовоспалительные препараты. 5 (26%) больных РА получали ингибиторы ангиотензин превращающего фермента. Уровень ST2, пентраксина и галектина-3, NT-proBNP был оценен у всех больных РА и в группе контроля.

Результаты. Снижение глобальной продольной деформации миокарда (ГПДМ) наблюдалось у 26 (61%) пациентов с РА. При сравнении больных РА с группой контроля выявлено увеличение частоты диастолической дисфункции левого желудочка (ДДЛЖ) (13 (31%) против 0%), снижение E, E', E/A ЛЖ, ГПДМ. У пациентов с РА наблюдались более высокие уровни

NT-proBNP (114,8 [45,1; 277,5] пг/мл и 52 [40,5; 69,1] пг/мл), растворимого ST2 (13,5 [11,0; 19,7] нг/мл и 10,6 [9,2; 13,1] нг/мл) ($p<0,05$ во всех случаях) по сравнению с контрольной группой. Уровни пентраксина и галектина-3 у больных РА по сравнению с контролем достоверно не различались. Выявлены корреляционные связи между снижением ГПДМ и DAS28 ($r=0,9$), числом болезненных суставов ($r=0,6$), рентгенологической стадией ($r=0,6$) и наличием системных проявлений ($r=0,5$), возрастом ($r=-0,9$), скоростью E ЛЖ ($r=-0,5$), растворимого ST2 ($r=-0,5$) ($p<0,05$ во всех случаях). Прослежена корреляционная связь между концентрацией галектина-3 с возрастом ($r=0,34$), ИМТ ($r=0,36$), числом болезненных суставов из 28 ($r=0,31$), SDAI ($R=0,33$), CDAI ($r=0,31$), с объемом левого предсердия ($r=0,4$), E' ($r=0,6$) ($p<0,05$ во всех случаях). Уровень ST2 коррелировал с показателями СОЭ ($r=0,6$), СРБ ($r=0,5$), индексом DAS28 ($r=0,5$); концентрация NT-proBNP с отношением E/A ($r=-0,4$), пиком A ($r=0,5$) ($p<0,05$ во всех случаях).

Выводы. У больных РА с высокой частотой выявляется снижение ГПДМ ЛЖ, которая ассоциирована с высокой активностью воспалительного процесса. ЭХОКГ с помощью метода speckle tracking позволяет выявить дисфункцию миокарда у больных РА на более ранних стадиях, чем тканевая доплерография. Биомаркер sST2 коррелирует с активностью РА и снижением ГПДМ. Использование ультразвуковой методики оценки деформации миокарда (УМОДМ), определение уровня биомаркеров NT-proBNP и растворимого ST2 позволяют диагностировать доклинические нарушения систолической и диастолической функций миокарда ЛЖ, что способствует раннему началу терапии и улучшению прогноза у данной категории пациентов.

ИЗУЧЕНИЕ ЗНАЧИМОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ОСНОВНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ДЛЯ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ

Гордиенко А.В.¹, Сотников А.В.¹, Пужалов И.А.¹,
Тасыбаев Б.Б.², Чепракова В.А.¹

¹Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,
Санкт-Петербург,

²Военный госпиталь, г. Алма-Ата,
Казахстан

Цель исследования. Изучить взаимосвязи между изменениями параметров углеводного, липидного, пуринового, электролитного и азотистого обмена и риском развития острого повреждения почек (ОПП) при

инфаркте миокарда (ИМ) у мужчин моложе 60 лет для уточнения их значимости при развитии этого осложнения, улучшения его профилактики и исходов.

Материалы и методы. Изучены результаты стационарного обследования и лечения (выполненным по клиническим рекомендациям Российского (РКО) и Европейского кардиологического обществ) мужчин в возрасте 20-60 лет по поводу ИМ I типа (IV универсальное определение, 2018). Согласно критериям включения в исследование, у обследованных скорость клубочковой фильтрации составляла (СКД-ЕРІ) ≥ 30 мл/мин/1,73 м². ОПП верифицировали на основании критериев KDIGO (2012). В исследуемую группу вошли 104 пациента с ОПП (средний возраст 51,4 \pm 5,7 лет). Контрольную группу сформировали из 429 пациентов без ОПП (51,0 \pm 6,9 лет; p=0,98). У пациентов в сыворотке крови определяли уровни общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ), липопротеидов высокой (ЛВП), низкой (ЛНП) и очень низкой (ЛОНП) плотности, их соотношения (коэффициент (КА=(ОХ-ЛВП)/ЛВП) и индексы атерогенности (ОХ/ЛВП и ЛНП/ЛВП)), а также – креатинина, мочевой кислоты, глюкозы, натрия, калия, общего кальция и хлоридов. Показатели измеряли в первые 48 часов (1) и в завершении третьей недели ИМ (2). Подагру верифицировали согласно критериям Американского колледжа ревматологии/Европейской лиги против ревматизма (2015). Метаболический синдром диагностировали в соответствии с рекомендациями экспертов РКО (2017). Сравнение показателей в группах выполнены по критериям Мана-Уитни и Хи-квадрат Пирсона. С помощью последнего произведена оценка воздействия изученных параметров метаболизма на абсолютный (АР) и относительный риск (ОР) развития ОПП за период наблюдения.

Результаты. При изучении взаимосвязей риска развития ОПП с анамнестическими маркерами нарушений метаболизма значимыми оказались: наличие подагры (АР=93,3%; ОР: 2,0 (1,66; 2,42); p=0,0004), сахарного диабета (АР=66,2%; ОР: 1,51 (1,20; 1,91); p=0,002), гиперурикемии в первые часы ИМ (АР=73,3%; p=0,008), массы тела $\geq 85,0$ кг (АР=53,5%; ОР: 1,46 (1,09; 1,94); p=0,009) и метаболического синдрома (АР=61,4%; ОР: 1,34 (1,04; 1,72); p=0,04). При этом для липидного обмена из показателей, измеренных в первые часы ИМ, для развития ОПП оказались значимыми: ЛНП1/ЛВП1 $\geq 2,86$ (АР=61,3%; ОР: 1,79 (1,11; 2,89); p=0,006), ЛНП1 $\geq 2,4$ ммоль/л (АР=57,0%; ОР: 2,09 (1,03; 4,23); p=0,01), КА1 < 7,7 (АР=57,6%; ОР: 2,07 (0,96; 4,46); p=0,02), ТГ1 < 5,1 ммоль/л (АР=53,2%; ОР: 2,93 (0,83; 10,38); p=0,03). В завершении третьей недели ИМ с риском развития ОПП оказались достоверно связаны: ЛНП2 $\geq 2,85$ ммоль/л (АР=81,5%; ОР: 3,55 (1,89; 6,68); p<0,0001), ЛНП1/ЛВП2 > 3,2 (АР=81,8%; ОР: 2,3 (1,48; 3,57); p=0,0004); КА2 < 7,63 (АР=47,6%; p=0,006); ОХ2/ЛВП2 < 8,63 (АР=47,6%; p=0,006); ОХ2 $\geq 4,98$ (АР=47,5%; ОР: 1,77 (1,13; 2,76); p=0,008); ЛВП2 $\geq 1,12$ ммоль/л (АР=60,7%; ОР: 1,77 (1,13; 2,77); p=0,02). Для углеводного обмена в первые

часы ИМ значимыми для риска развития ОПП оказались уровни глюкозы $\geq 7,2$ ммоль/л (АР=61,1%; ОР: 1,58 (1,21; 2,05); p=0,002), а для завершения третьей недели ИМ – глюкозы $\geq 5,0$ ммоль/л (АР=48,9%; ОР: 1,57 (1,03; 2,40); p=0,02). Среди параметров электролитного обмена – общего кальция $\geq 2,3$ ммоль/л (АР=48,6%; ОР: 4,86 (0,73; 32,16); p=0,03); натрия $\geq 139,1$ ммоль/л (АР 52,5%; ОР: 1,45 (1,03; 2,04); p=0,03), калия $> 5,6$ ммоль/л (АР=100%; ОР: 2,76 (2,19; 3,48); p=0,0004), хлоридов ≥ 103 ммоль/л (АР 42,6%; ОР: 2,56 (1,16; 5,61); p=0,009) и натрия $\geq 144,0$ ммоль/л (АР=55,3%; ОР: 1,61 (1,08; 2,40); p=0,03) соответственно. Из параметров азотистого обмена – креатинина > 120 мкмоль/л (АР=67,4%; ОР: 3,24 (2,25; 4,67); p<0,0001), пуринового – мочевой кислоты $\geq 471,8$ мкмоль/л (АР=100%; ОР: 2,14 (1,25; 3,68); p=0,03) и мочевой кислоты ≥ 484 мкмоль/л (АР 83,3%; ОР: 3,02 (1,52; 6,02); p=0,01).

Выводы. Установлено, что риск развития ОПП тесно связан с нарушениями липидного, углеводного, электролитного и азотистого обмена как в остром, так и в завершении подострого периода ИМ у мужчин моложе 60 лет. Сочетание уровней глюкозы $\geq 7,2$ ммоль/л, ЛНП1/ЛВП1 $\geq 2,86$; ЛНП1 $\geq 2,4$ ммоль/л; КА1 < 7,7; ТГ1 < 5,1 ммоль/л; общего кальция $\geq 2,3$ ммоль/л; натрия $\geq 139,1$ ммоль/л и мочевой кислоты $\geq 471,8$ мкмоль/л целесообразно использовать при формировании групп риска развития ОПП, а также – в прогностическом моделировании этого осложнения.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННОГО КАРДИОГЕННЫМ ШОКОМ, У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Гордиенко А.В., Лиходкин В.А., Куликов Д.Р.
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить особенности клинического течения инфаркта миокарда (ИМ), осложненного развитием кардиогенного шока (КШ), у мужчин моложе 60 лет с артериальной гипертензией (АГ) для улучшения профилактики и исходов.

Материалы и методы. Изучены результаты стационарного обследования 398 мужчин 34-60 лет с АГ, которые получали лечение по поводу верифицированного ИМ I типа (по IV универсальному определению этого заболевания). Согласно критериям отбора скорость клубочковой фильтрации (СКД-ЕРІ) у всех пациентов составила ≥ 30 и более мл/мин/1,73 м². Все пациенты получали обследование и лечение по клиническим рекомендациям

Российского кардиологического общества (РКО) на момент госпитализации. Их поделили на две группы. Исследуемая группа составлена из 34 больных с АГ и ИМ, осложненным КШ (средний возраст: 52,79±5,80 лет). Контрольную группу сформировали из 364 мужчин с АГ и ИМ без КШ (52,17±5,41 года; $p=0,4$). КШ, его стадию устанавливали согласно критериям РКО. Распределение случаев по вариантам клинического течения заболевания и осложнений осуществляли также согласно их положениям. В качестве осложнений ИМ выделяли состояния, требующие дополнительного лечения или его изменения. Отбор в группы с АГ пациентов выполняли на основании ее верификации в соответствии с рекомендациями РКО. Выделенные группы пациентов не отличались по частоте ИМ с подъемом сегмента ST (в исследуемой – 80,0%; в контрольной – 65,4%; $p=0,5$), локализации поражения (передний: 35,9 и 48,3%; соответственно; $p=0,2$; нижний: 43,6 и 38,6%; $p=0,2$; другие: 20,5 и 13,2%; $p=0,2$) и частоте ранней реваскуляризации (14,3 и 25,2%; $p=0,3$), принимаемой терапии (по группам препаратов и их дозам). С помощью критериев Мана-Уитни и Хи-квадрат Пирсона выполнен сравнительный анализ частоты наблюдения клинических фенотипов заболевания, осложнений в выделенных группах.

Результаты и обсуждение. Частота КШ среди обследованных составила 8,5%. При сравнении групп они не отличались по частоте первичных ИМ (в исследуемой группе 41,0%; в контрольной – 40,6%), однако в исследуемой группе чаще, чем в группе сравнения, наблюдали рецидивирующие ИМ (15,4% и 4,4% соответственно; $p=0,01$) и наоборот – повторные случаи (43,6% и 55,0%; $p=0,01$). Группы не отличались по времени после первичного ИМ (менее года: 18,0% и 15,8%; $p=0,9$; год и более: 35,9% и 40,1%; $p=0,9$), длительности анамнеза ИБС (менее года: 43,6% и 36,8%; $p=0,7$; 1-5 лет: 18,0% и 21,5%; $p=0,7$; пять и более лет: 38,5% и 41,7%; $p=0,7$), частоте хронической сердечной недостаточности (СН) в анамнезе (51,3% и 53,9%; $p=0,7$). Необходимо отметить, что в исследуемой группе преобладал Q-ИМ (74,4% и 52,9%; $p=0,01$). При оценке структуры вариантов течения ИМ отличий так же не получено: неангинозные клинические фенотипы выявляли в 18,0% и 11,0% случаев ($p=0,4$) соответственно, смешанные подтипы – 18,0% и 18,6% ($p=0,4$). Среди неангинозных фенотипов ИМ в исследуемой группе выявляли: абдоминальный (2,9% и 2,2%; $p=0,06$), аритмический (14,7% и 3,3%; $p=0,06$) и по типу нарастания СН (2,9% и 1,7%; $p=0,06$). Из смешанных: ангинозно-астматический (8,8% и 8,0%; $p=0,06$), ангинозный с признаками хронической СН по большому кругу кровообращения (5,9% и 12,6%; $p=0,06$), безбольной с признаками хронической СН по большому кругу кровообращения (5,9% и 0,8%; $p=0,06$). В исследуемой группе преобладало осложненное течение ИМ (100% и 53,6%; $p<0,0001$) с множественными осложнениями (два и более): 100% и 39,9%; $p<0,0001$; одно: 0 и 24,8%; $p<0,0001$). Структура осложнений в выделенных группах отличалась по частоте: острого повреждения почек (100% и 35,6%; $p<0,0001$), нарушения сердечного ритма

и проводимости (79,5% и 31,8%; $p<0,0001$); отека легких (30,8% и 7,5%; $p<0,0001$), гидроперикарда (25,6 и 8,3%; $p=0,0005$), пневмонии (25,6% и 3,7%; $p<0,0001$), рецидивов ИМ (23,1% и 10,3%; $p=0,02$); аневризм левого желудочка (20,5% и 12,3%; $p=0,01$), нарушения мочеиспускания (20,5% и 1,8%; $p<0,0001$) и психики (психомоторное возбуждение и галлюцинации) (15,4% и 6,1%; $p=0,03$), тромбоэмболии (15,4% и 1,5%; $p<0,0001$), осложнений со стороны органов пищеварения (12,8% и 1,5%; $p<0,0001$), синдрома Дресслера (5,1% и 1,1%; $p=0,04$) и разрывов миокарда (5,1% и 0%; $p<0,0001$), хронической СН, возникшей впервые после ИМ (36,7% и 20,1%; $p=0,03$). Частота летальных исходов за период наблюдения оказалась выше в исследуемой группе (33,3% и 1,8%; $p<0,0001$).

Выводы. Частота КШ при ИМ у мужчин моложе 60 лет с АГ составляет 8,5%. Структура вариантов клинического течения ИМ, осложненного КШ, у мужчин моложе 60 лет с АГ не отличается от таковой для больных с АГ без КШ. Для кардиогенного шока при ИМ у мужчин моложе 60 лет с АГ характерны рецидивирующее поражение, Q-ИМ, множественные осложнения. Сочетания перечисленных факторов необходимо использовать для формирования группы высокого риска развития КШ для наблюдения и своевременного проведения полноценного лечения. Также их целесообразно применять для прогностического моделирования этого осложнения.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Григорьева Н.Ю.

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

Актуальность. У ряда пациентов инфаркт миокарда (ИМ) развивается в молодом возрасте на фоне полного клинического здоровья, что позволяет говорить о генетических предпосылках, ведущих к раннему сосудистому старению. Известно, что ряд генетических полиморфизмов (снийпов, SNP) ассоциирован с риском развития ИМ. До настоящего времени остается неизученным вклад генов-кандидатов, полиморфизмы в которых ассоциируются с развитием инфаркта миокарда именно в раннем возрасте. Еще одна группа прогностических биомаркеров может включать относительный уровень экспрессии мРНК генов, играющих потенциальную роль в хроническом воспалении при развитии ИМ, определяемый в венозной крови. Целью работы стало выявление молекулярно-генетических маркеров, связанных с ранним развитием инфаркта миокарда и его осложнений.

Материалы и методы. У 45 пациентов с инфарктом миокарда в возрасте от 43 до 60 лет (средний возраст составил $51,3 \pm 4,4$ лет), из них 30 мужчин и 15 женщин, осуществлен забор венозной крови для молекулярно-генетического исследования, анализа относительной длины теломер в ядерной фракции клеток крови, анализа полиморфизмов и проведения оценки относительного уровня экспрессии мРНК генов, потенциально связанных с риском сердечно-сосудистых событий. Контрольную группу составили 20 здоровых добровольцев.

Полученные результаты. Относительная длина теломер в основной группе составила 0,37 и в контрольной группе 0,58 ($p < 0,05$). Таким образом, у пациентов основной группы отмечалось статистически значимое уменьшение относительной длины теломер, по сравнению со здоровыми, что говорит о феномене ускоренного сосудистого старения у пациентов, перенесших инфаркт миокарда в молодом и среднем возрасте. С целью исключения влияния наследственной предрасположенности, проведен анализ известных полиморфизмов, ассоциированных с повышенным сердечно-сосудистым риском. Показано отсутствие значимого влияния как отдельных однонуклеотидных полиморфизмов, так и гаплотипов. На основании мета-анализов и транскриптомных исследований составлена панель из генов, ассоциированных с развитием сердечно-сосудистых заболеваний, подобраны олигонуклеотидные праймеры для постановки полимеразной цепной реакции. В ходе исследования выявлено 6 генов, относительный уровень экспрессии которых имеет статистически значимые отличия в группах пациентов с инфарктом миокарда по сравнению с контролем: IGF-1, GPD1L, ABCB1, ARRB2, FPR2, NOXA1.

Выводы. Все вышеуказанные молекулярно-генетические особенности могут служить маркерами раннего развития инфаркта миокарда, который может осложняться аритмиями и внезапной сердечной смертью (снижение экспрессии генов IGF-1 и GPD1L), активацией провоспалительных цитокинов (ARRB2 и FPR2) с формированием сердечной недостаточности, поддерживать окислительный стресс и способствовать атерогенезу (NOXA1).

ОСОБЕННОСТИ КУРАЦИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА В

Гриднева Г.И.

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

Цель исследования. Описать группу пациентов с ревматическими заболеваниями (РЗ), позитивных по HBsAg, находящихся под наблюдением ревматолога

ФБГНУ НИИР им.В.А.Насоновой, с фокусом на сопутствующие заболевания и состояния.

Материал и методы. Проанализированы результаты первичной и повторной (при наличии) госпитализации, а также амбулаторных приемов, консультаций с применением технологий удаленного доступа) взрослых больных ревматическими заболеваниями (РЗ), за период с 01.01.2020 по 20.07.2022 (30 месяцев). Критерием включения была позитивность по HBsAg, критериями невключения были: коинфицированность вирусным гепатитом С, вирусом иммунодефицита человека, отсутствие РЗ, основной диагноз «остеоартрит». Всего включено 92 пациента в возрасте 18 лет и старше (средний возраст $53,5 \pm 13$ лет), 64(69,6%) женщины и 28(30,4%) мужчин.

Результаты и обсуждение. Включены больные с диагнозами: ревматоидный артрит (РА) без внесуставных проявлений – 26 (28%), анкилозирующий спондилит (АС) – 17 (18%), РА с внесуставными проявлениями – 9 (10%), псориатический спондилит – 8 (9%), первичный синдром Шегрена – 8 (9%), прогрессирующий системный склероз – у 5 (5%), другие системные васкулиты – 4 (4%), системная красная волчанка – 4 (4%), другие спондилоартриты – 3 (3%), синдром Такаясу – 3 (3%), болезнь Стилла взрослых – 2 (2%), дерматомиозит – 1 (1%), многоочаговый фибросклероз – 1 (1%), рецидивирующий панникулит Вебера-Крисчена – 1 (1%). У 24 (26%) пациентов имел место гастрит, в целом заболевания ЖКТ отмечены у 36 (39%). Онкологические заболевания ЖКТ в анамнезе отмечены у 2 (2%), у 3 (3%) – онкологические заболевания другой локализации. Сухой конъюнктивит (СК), не являющийся проявлением либо осложнением аутоиммунного заболевания, диагностирован у 11 (12%) пациентов в возрасте $47,7 \pm 5,6$ лет, 10 мужчин и 1 женщины. Длительность РЗ составила 7 [2; 8] лет. Длительность носительства вируса гепатита В (ВГВ) на момент дебюта РЗ составила более 20 лет – в 2 случаях, 8 лет в 1 случае и в 3 случаях РЗ и ВГВ выявлены одновременно; давность инфицирования в остальных случаях неизвестна. Только двое получали терапию генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП): пациент с РА с внесуставными проявлениями (ритуксимаб (РТМ)) и пациент с псориатическим спондилитом (адалimumаб, переключен на секукинумаб). Только двое получали противовирусную терапию (ПВТ): пациент с РА без внесуставных проявлений, с умеренной ВН, фиброзом 2 ст., на терапии метотрексатом и метилпреднизолоном и пациент с РА без внесуставных проявлений, низкой вирусной нагрузкой (ВН), коинфекцией ВГД, циррозом печени и геморрагическим синдромом на терапии метилпреднизолоном и гидроксихлорохином. За время наблюдения ни у одного пациента с СК не отмечено реактивации HBV.

У 19 (21%) больных хронический гепатит В (ХГВ) установлен до дебюта РЗ, у 22 (24%) ВГВ обнаружен на фоне текущего РЗ, у 6 (6,5%) эти события произошли одновременно, нет данных о дате инфици-

рованности у 45 больных. Терапию ГИБП или ингибиторами янус-киназ получали 42 (46%) больных. За все время наблюдения обнаружено: 9 случаев реактивации ВГВ у 7 пациентов (один из них получал РТМ), и еще 10 случаев повышения АЛТ, АСТ более 3 ВГН. Данные о наличии вируса гепатита D указаны для 21 (23%) пациента. Известно о применении ПВТ 28 пациентами, наиболее часто назначаемым препаратом был энтекавир (11 пациентов). Только на 52 (34%) визитах имелись данные о ВН. Из 16 больных, принимавших РТМ, только 4 получали ПВТ.

Выводы. В ходе ретроспективного анализа установлено, что данные о течении вирусной инфекции гепатита В в большинстве случаев документируются недостаточно полно, а определение вирусной нагрузки у больных, получающих терапию высокого риска (в первую очередь ритуксимаб), проводится недостаточно часто, что создает угрозу в отношении своевременной регистрации реактивации ВГВ. Охват противовирусной терапией больных, получающих терапию высокого риска, недостаточный. Обращает на себя внимание частое (10%) выявление сухого кератоконъюнктивита, не связанного с аутоиммунным заболеванием, у пациентов мужского пола, позитивных по HBsAg.

ИСТОРИЧЕСКОЕ НАСЛЕДИЕ С.П. БОТКИНА

Гриднева Л.Г.¹, Крючкова А.В.¹, Панина О.А.¹,
Гриднев Ю.В.², Быков Ф.С.³

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

²Воронежский государственный лесотехнический университет им. Г.Ф. Морозова,
г. Воронеж,

³Государственный университет просвещения,
Москва

Некоторые представители фамилии Боткин заиграли яркими звездами в истории России. Боткины имели родовой герб со словами: «Верой, верностью, трудом». Талант и трудолюбие в сочетании с преданностью отчизне, царю, профессии, позволили Сергею Петровичу стать у истоков врачебной династии, быть выдающимся теоретиком и практиком, лейб-медиком, ввести холистический взгляд на пациента, а его сыну Евгению – обрести статус святого врача 20 века.

Цель исследования. Представить значение профессиональной и общественной деятельности С.П. Боткина в становлении современной медицины.

Материалы и методы. Печатные и электронные источники, анкета. Методы поисковый, аналитический, анкетирование.

Результаты и обсуждение. С.П. Боткин является одним из основоположников научной клинической

медицины, которая стала диагностировать и лечить заболевания, всесторонне изучая функционирование поврежденного болезнью организма. Многие постулаты и предложения, выдвинутые Боткиным, шли вразрез с существовавшими в те годы представлениями о причинах и механизмах развития болезней, способах лечения и профилактики заболеваний, но прижились, подтверждены и актуальны до настоящего времени.

Место рождения, общение с творческой интеллектуальной и научной элитой, высоконравственные общественные устои того времени, настрой на служение людям – сыграли огромную роль в формировании личностных и профессиональных качеств С.П. Боткина.

Получив блестящее базовое медицинское образование в Московском университете, продолжив его в ведущих европейских клиниках, закрепив в боевых условиях и успешной врачебной практике, Сергей Петрович предлагает новые, широкие взгляды на возникновение заболеваний и методы их лечения, критикуя главенствовавшие в его бытность односторонние подходы.

В соответствии с созидательным духом того времени Боткин за все берется: возникающие теоретические идеи проверяет в эксперименте в лаборатории, виварии, фармакопее, морге, в научном кабинете с микроскопом.

Сергей Петрович впервые создал в России экспериментальную лабораторию по исследованию фармакологического и физиологического действия лекарств. Он на животных воспроизводит различные патологические процессы и заболевания, всесторонне изучая провоцирующие факторы риска, патогенез, исходы, различные способы терапии болезней.

Боткин обращает внимание на ведущее значение нервной системы в жизнедеятельности индивидуума, рассматривая ее главным регулятором внешней и внутренней деятельности организма.

Его философское мировоззрение, глубокие медицинские знания, широкий кругозор, творческий анализ способствуют целостному видению организма человека в его неразрывной связи с окружающей внешней средой.

С.П. Боткин инициировал создание эпидемиологического общества по борьбе с распространенными инфекциями с параллельным выпуском «Эпидемиологического листка». Бывая в Крыму, он указывал на недооцененное значение климата и природных лечебных факторов этого уникального полуострова для лечения и реабилитации различных патологий. В целях предупреждения инфекционных болезней и санитарного надзора в Петербурге создал Институты санитарных врачей и школьно-санитарных врачей.

Боткин обладал даром сочетать тонкую клиническую наблюдательность с глубоким научным анализом и обобщением. Свои теоретические и клинические наблюдения профессор издал в «Курсах клиники внутренних болезней» и тридцати пяти «Клинических

лекциях профессора Боткина», отражавших индивидуализированный подход к пациенту, «физиологические приспособления» организма и «купирующую терапию». В течение почти 20 лет на собственные средства издавался «Архив Клиники внутренних болезней», 8 лет под его редакцией выходила «Еженедельная клиническая газета», после его кончины переименованная в «Больничную газету Боткина».

До самой смерти в течение 11 лет Боткин являлся председателем Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова, подняв на небывалую высоту деятельность этой организации. 85 докторов наук являлись его учениками.

Уникальна и общественная деятельность Сергея Петровича. Впервые в России Боткин открыл при своей клинике бесплатную клиническую амбулаторию, затем бесплатную больницу. При деятельном участии Боткина разрешился вопрос о женском медицинском образовании; реформировал аптечное дело.

Анкетирование 75 студентов 1 курса лечебного факультета выявило их низкую информированность об этом выдающемся отечественном терапевте. 2,7% респондентов ответили на четыре, 6,6% – на три, 34,7% – на два, 33,3% – на один, 22,7% – ни на один из семи предложенных вопросов.

Выводы. 1. Замечательный диагност, прославленный терапевт, выдающийся ученый и педагог, блестящий организатор и достойный гражданин, С.П. Боткин является прекрасным примером для изучения и подражания в профессиональной, общественной и личной жизни. 2. Важно пропагандировать в молодежной среде достижения подобных профессионалов в науке и практической деятельности.

НЕВСАСЫВАЮЩИЕСЯ (КИШЕЧНЫЕ) АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ: СПЕКТР ПРИМЕНЕНИЯ АЛЬФАКСИМА

Гриневич В.Б., Яровенко И.И., Конюхова Н.В.
Военно-медицинская академия им.С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

На кафедре ТУВ-2 ВМедА проводилось исследование, целью которого было изучить эффективность Рифаксимины (Альфаксима) у пациентов с СРК, дивертикулярной болезнью, ВЗК (язвенный колит), хроническим панкреатитом.

Актуальность. Микробиота кишечника человека была главной целью научных исследований в последние годы. Поскольку микробиота кишечника играет решающую роль в поддержании здоровья человека, с различными желудочно-кишечными заболеваниями связаны

более или менее специфические изменения микробиоты кишечника. Эти данные убедительно подтверждают использование модуляторов кишечной микробиоты, таких как антибиотики, пребиотики и пробиотики, в качестве выбора при почти всех желудочно-кишечных расстройствах.

Обследовалось 68 пациентов с диагнозами:

- 22 (СРК);
- 11 ВЗК (язвенный колит);
- 21 дивертикулярная болезнь;
- 14 хронический панкреатит.

Пациенты принимали Альфаксим 200 мг по 2 таблетки 3 раза в день, каждые 8 часов – 14 дней. Все больные обследовались по стандартам оказания медицинской помощи. Исходно у всех больных был выявлен болевой абдоминальный и диспепсический синдромы.

Контрольная группа включала 58 пациентов (8 – СРК, 15 – язвенный колит, 23 – дивертикулярная болезнь, 12 – хронический панкреатит) у которых применялась стандартная терапия, в соответствии с заболеванием (ИПП, ферменты, спазмолитики, 5-АСК, препараты нормализующие микробиом).

Пациент заполнял дневник наблюдения в течение 14 дней, в котором учитывались показатели:

- оценка интенсивности боли (по 10 бальной шкале ВАШ);
- изжога (1 – нет, 2 – да);
- отрыжка;
- регургитация;
- горечь во рту;
- слюнотечение;
- тяжесть в эпигастральной области;
- вздутие живота;
- снижение аппетита;
- стул (по бристольской шкале);
- самочувствие (хорошее +3+2+1 0 -1 -2 -3 плохое);
- активность;
- настроение;
- эмоциональный статус.

Результат. У всех пациентов отмечалась положительная динамика в виде уменьшения частоты и интенсивности болевого абдоминального и диспепсического синдрома, нормализация частоты стула и акта дефекации, улучшения эмоционального статуса.

Побочных эффектов не наблюдалось.

В контрольной группе пациентов (пациенты не получающие Альфаксим), процент положительной динамики по исследованным симптомам был значительно ниже.

Результат нашего исследования позволяют рекомендовать препарат Альфаксим 200 мг, по 2 таблетки 3 раза в день в течение 14 дней для включения в схемы лечения:

- дивертикулярной болезни;
- язвенного колита;
- СРК;
- хронического панкреатита.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ГАСТРОЭТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА

Гульнева М.Ю.

Ярославский государственный
медицинский университет,
г. Ярославль

Введение. К постковидному гастроэнтерологическому синдрому относятся последствия перенесенной коронавирусной инфекции в виде различных долгосрочных симптомов, возникающих впервые после выздоровления от острой инфекции COVID-19 или сохраняющихся после первоначального заболевания, характеризующих поражения системы органов пищеварения, которые не могут быть объяснены альтернативным диагнозом. Поражение ЖКТ при COVID-19 связано со способностью SARS-CoV-2 напрямую его инфицировать путем присоединения к рецепторам ангиотензинпревращающего фермента 2 типа. Нарушение гомеостаза кишечника может возникать у пациентов во время острого заболевания COVID-19 и сохраняться после разрешения заболевания даже у тех, у кого не было желудочно-кишечных расстройств, что объясняется как поражением ЖКТ вирусом, так и связью между двумя системами через ось «кишечник-легкие». Изучение возможностей терапии гастроэнтерологических проявлений постковидного синдрома вызывает практический интерес.

Цель исследования. Изучение клинической эффективности применения комбинации ребамипида, пробиотиков (*Bifidobacterium longum longum* 35624) и тримебутина в качестве терапии постковидного синдрома с гастроэнтерологическими проявлениями.

Материалы и методы. Клиническими и лабораторными методами обследовано 40 пациентов с постковидным синдромом (давность перенесенной инфекции от трех до шести недель после постановки диагноза COVID-19). В качестве терапии была предложена комбинация ребамипида, пробиотика (*Bifidobacterium longum longum* 35624) и тримебутина в стандартных дозировках в течение 4 недель. Оценивался клинический эффект на основании опроса и результатов объективного осмотра пациентов через 4 недели лечения. Достоверность результатов исследования определяли по критерию Хи-квадрат с поправкой Йейтса.

Результат. У обследованных пациентов отмечались желудочно-кишечные проявления, такие как: дискомфорт в разных отделах живота, неустойчивый стул (запоры, диарея), тошнота, метеоризм, снижение аппетита. Проведенные исследования показали, что у 100% пациентов обнаружены микробиологические изменения микрофлоры толстого кишечника различной

степени, что явилось предпосылкой к включению пробиотика в схему терапии. Ребамипид рекомендован в качестве эпителиопротектора с учетом вероятного повреждения слизистой на фоне перенесенной вирусной инфекции. Тримебутин добавлен в схему терапии, как эффективное спазмолитическое средство, восстанавливающее нормальную физиологическую активность мускулатуры кишечника, нормализующее висцеральную чувствительность. В результате опроса и объективного осмотра пациентов через 4 недели терапии выявлено клиническое улучшение в 100% случаев. 67,5% пациентов отметили выраженный эффект и полный регресс симптоматики ($p < 0,05$).

Заключение. Применение комбинации ребамипида, пробиотика (*Bifidobacterium longum longum* 35624) и тримебутина в стандартных дозировках в течение 4 недель в терапии гастроэнтерологических проявлений постковидного синдрома является патогенетически обоснованным и демонстрирует хорошую клиническую эффективность.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ФИЗИОТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ

Гусейнов Н.И., Мехтиев П.С., Ахмедова Н.М.,
Алиева З.Г., Акберов А.М.

Азербайджанский медицинский университет,
Баку, Азербайджан

Цель исследования. Изучен эффективности Нафталанотерапии в комплексном лечении больных остеоартритом (ОА). Нафталанский нефть обеспечивает противовоспалительный, обезболивающий и иммуномодулирующий эффект, улучшает работу всех функций организма, в том числе, суставного аппарата, циркуляция кровеносных сосудов, повышает активность ферментативных процессов, стабилизирует синтез хондроитин сульфата-одного из составляющих суставного хряща, что способствует повышению его подвижности и эластичности. Нафталанолечение, также способствует улучшению физической активности, эмоционального состояния, социального функционирования и регрессию суставного синдрома у больных ОА.

Определить динамику показателей качества жизни (КЖ) больных ОА, получавших комплексную физиотерапию, включающую нафталанотерапию, акустические волны, массаж, ЛФК.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 130 больных ОА в возрасте от 40 до 66 лет (средний возраст – $58,05 \pm 4,64$ года), среди которых преобладали женщины (84,4%). В 82% случаев больные страдали полиостеоартритом, 18%-двухсторонним гонартрозом. Средняя длительность остеоартрита со-

ставила $9,5 \pm 2,4$ года. Средний показатель рентгенологической стадии ОА по Келлгрену составил $2,5 \pm 0,1$. При оценке степени функциональной недостаточности суставов (ФНС) по общепринятой методике у 15 (12%) больных с ФНС 0 степени, 70 (58%) с ФНС I степени и 35 (29%) с ФНС II степени. Все больные до начала лечения отмечали наличие механических болей в периферических суставах, интенсивность которой по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) в среднем составила $5,6 \pm 2,5$. У 72 пациентов (60%) отмечались явления незначительного синовита и периартрита, у 31 больного (26%) – только явления синовита и у 17 (15%) – только явления периартрита. Все больные получали комплексную физиотерапию на пораженные суставы: включающую аппликации нафталаном, акустические волны, массаж и ЛФК. Аппликации нафталаном проводились при $t^{\circ} 36-37^{\circ}\text{C}$, продолжительность 15-20 минут ежедневно, курс лечения составил 15 процедур. Лечение акустическими волнами проводился 2 раза в неделю на аппарате Shock Med (Italia). Курс лечения составил 5 сеансов. Курсы массажа и ЛФК проводились ежедневно по традиционному методу в течении двух недель.

Результаты и обсуждение. Через 2 недели от начала лечения у всех больных отмечалось уменьшение болевого синдрома ($p=0,00001$), скованности ($p=0,00002$) и сокращение времени прохождение 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 ($p<0,01$). Результаты проведенного исследования показывают, что двухнедельный прием больными Нафталанотерапии в сочетании с акустическими волнами, в комплексе массажа и ЛФК, улучшающие 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 (МСАОЗ и КООС). 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 нафталанотерапию в сочетании акустических волн, массаж, ЛФК, что приводит к улучшению их физической активности, эмоционального состояния и социального функционирования.

Выводы. Прием нафталанотерапии в сочетании акустических волн, массаж, ЛФК способствует повышению качества жизни больных страдающих остеоартритом, динамику которого можно оценить с помощью опросников SF-36, NHP, МСАОЗ и КООС.

ЛОКАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЛЬМАРНОГО ФАСЦИИТА У БОЛЬНЫХ С ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Гусейнов Н.И.¹, Мехтиева П.С.¹, Ахмедова Н.М.¹,
Алиева З.Г.¹, Акберов А.М.¹, Сулейманова Р.Т.²

¹Азербайджанский медицинский университет,

²Центральная больница нефтяников,
Баку, Азербайджан

Цель исследования. Больные, страдающие эндокринной патологией, в частности, сахарным диабетом (СД), часто испытывают различные изменения в опорно-двигательном аппарате, особенно в околосуставных мягких тканях. Одним из наиболее распространенных ревматических проявлений при СД является пальмарный фасциит, который проявляется сгибательной контрактурой пальцевых суставов кистей. Целью данного исследования является оценка эффективности и побочные явления локальной кортикостероидной (КС) терапии в комплексном лечении пальмарного фасциита у больных с сахарным диабетом.

Материалы и методы. В исследовании были включены 102 больных с СД, у которых был диагностирован пальмарный фасциит. Длительность СД составляла от 2 до 10 лет, а длительность пальмарного фасциита варьировала от 1 месяца до 4 лет. Все пациенты получали нестероидные противовоспалительные и антидиабетические препараты, а также местное введение кортикостероидов (Дипроспан – 0,5 мл) на пораженные участки. Больные были разделены на две группы: на основную группу ($n=54$) и контрольную группу ($n=48$). Локальное введение КС на область пальмарного фасциита проводилось один раз в неделю, общее количество инъекций составляло от 1 до 3. Уровень сахара в крови у больных с СД измерялся до- и через 24 часа после введения КС. Больные основной группы дополнительно получали полиэнзимный препарат (Phlogenzym в дозе 6 таблеток в сутки). Оценка эффективности терапии включала такие критерии, как уровень боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), амплитуды движений в суставах, оценку эффективности лечения со стороны врача и пациента, а также лабораторные данные (уровень глюкозы, СОЭ, СРБ, ЦИК).

Результаты и обсуждение. В ходе проведенной терапии у обеих сравниваемых групп больных с СД и пальмарным фасциитом наблюдалось недостоверное снижение интенсивности болевого синдрома и увеличение объема движений. Однако следует отметить, что у 8 пациентов из основной группы и у 6 пациентов из контрольной группы не наблюдалось значительно клинического и лабораторного улучшения. Эти пациенты имели более длительную историю поражения мелких суставов кистей, превышающую 6 лет, и клинические проявления пальмарного фасциита соответствовали III стадии болезни. Кроме того, у 4 пациентов с СД

была выявлена инсулинозависимая форма заболевания. Было также отмечено повышение уровня сахара в крови у 3 больных из основной группы и у 8 больных из контрольной группы. Важно отметить, что побочные эффекты терапии не были отмечены у пациентов основной группы. В то же время, в контрольной группе у 8 пациентов были наблюдаемы такие побочные эффекты, как тошнота, головные боли, диспепсические явления, сухость во рту, гипертензия и гипергликемия.

Выводы. Эффективность комбинированной терапии у больных с пальмарным фасциитом, страдающих СД, была одинакова в обеих группах больных (снижение болевого синдрома, увеличение объема движений в суставах и улучшение общего состояния пациентов). Включение в комплексную терапию полиэнзимного препарата Phlogenzum способствует сокращению побочных эффектов КС.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАФТАЛАНОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛИТОМ

Гусейнов Н.И., Мехтиев П.С., Ахмедова Н.М.,
Алиева З.Г., Акберов А.М.
Азербайджанский медицинский университет,
Баку, Азербайджан

Цель исследования. Аксиальный спондилит (АксС) занимает важное место среди серонегативных спондилоартритов. Однако, вопросы окончательного лечения данного заболевания еще полностью не разрешены. Нафталанотерапия обеспечивает противовоспалительный, обезболивающий и иммуномодулирующий эффекты, улучшает функции суставного аппарата и циркуляцию крови, а также активизирует ферментативные процессы.

Цель исследования. Изучение эффективности Нафталановой аппликации в комплексной физиотерапии у пациентов с АксС.

Материалы и методы. В рамках исследования были проведены лечебно-реабилитационные мероприятия с участием 110 пациентов, страдающих АксС. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от применяемого метода лечения. Обе группы больные получали амплипульс, лечебную физкультуру (ЛФК) и массаж на пораженные сегменты позвоночника. Пациенты I группы (n=64) дополнительно получали местную нафталановую аппликацию на пораженный область позвоночника. Все пациенты обеих групп получали фоновую терапию – нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП). Влияние местной терапии на эволюцию патологического процесса было изучено на основе динамики клинических и лабораторных показателей (СОЭ, СРП, иммуноглобулины) до- и после проведенного лечения.

Результаты и обсуждение. Проведенное физиолечение с применением нафталановой аппликации в комплексе амплипульс, массаж и ЛФК у пациентов с АксС дало значительные положительные результаты по сравнению с пациентами, не получавшими нафталанотерапию (II группа, n=46). У подавляющего числа пациентов, получавших комплексное физиолечение, наблюдалось отчетливое улучшение их состояния: было отмечено уменьшение болевого синдрома, снижение скованности и увеличение объема движений в позвоночнике. А также, большинство пациентов смогло уменьшить дозу или полностью отказаться от приема НПВП.

Клиническая картина заболевания тесно коррелировала с лабораторными данными, что свидетельствует о снижении активности воспалительного процесса у пациентов, получавших комплексные физиопроцедуры. Более того, улучшение состояния у этих групп пациентов, наблюдалось в более ранние сроки по сравнению с пациентами, не получавшими такого вида лечения.

Местное применение нафталанской нефти на область позвоночника в сочетании с амплипульсом, массажем и ЛФК способствует улучшению функционального состояния пациентов и снижению воспалительного процесса. Эти результаты подтверждают эффективность нафталанотерапии в комплексе физиотерапией АксС.

Выводы. В результате проведенного исследования были уточнены показания и разработана комплексная методика физиотерапевтического лечения с использованием нафталанотерапии в сочетании с амплипульстерапией, массаж и ЛФК у пациентов с АксС.

Таким образом, на основании результатов исследования можно сделать вывод о эффективности и показаниях к применению методики физиотерапии с использованием аппликации нафталана в комплексном лечении пациентов с АксС. Эти данные позволяют расширить возможности лечения и повысить качество жизни пациентов, страдающих данной патологией.

ИССЛЕДОВАНИЕ ТОЛЩИНЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ГЛИКОКАЛИКСА У ПАЦИЕНТОВ С АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

Давыдов Д.А., Марченко В.Н., Щукина О.Б.,
Лапин С.В., Кузнецова Д.А., Лозовая Т.А.,
Малахова З.Л., Рубинштейн А.А., Власов Т.Д.
ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить толщину эндотелиального гликокаликса (ЭГК) и определить влияние

на нее проводимой терапии у пациентов с болезнью Крона (БК), аксиальным спондилоартритом (аксСпА) и аксСпА, ассоциированным с БК (БК-аксСпА).

Материалы и методы. Исследовано 88 человек: 16 пациентов с БК-аксСпА (группа А), 28 – с аксСпА (группа В), 24 – с БК (группа С) и 20 человек группы контроля (группа D). Диагноз аксСпА устанавливался на основании классификационных критериев Международного общества по изучению спондилоартритов (ASAS) 2010 года. Диагноз БК устанавливался на основании клинических, лабораторных, инструментальных и гистологических данных гастроэнтерологом специализированного центра диагностики и лечения ВЗК. В группу А включены пациенты, одновременно удовлетворяющие критериям включения групп В и С. Производилась оценка степени повреждения эндотелиального гликокаликса сосудов микроциркуляторного русла (МЦР) сублингвальной области методом темнопольной микроскопии (KK Research Technology Ltd, Великобритания) с обработкой в программном обеспечении «GlycoCheck v2.0.0» (Glycocheck BV, Нидерланды). В исследование не включались пациенты с другими ревматологическими заболеваниями, онкологическими и хроническими инфекционными заболеваниями, а также БК или аксСпА в фазе ремиссии.

Результаты. Результаты оценки гликокаликса эндотелия сосудов сублингвальной области продемонстрировали более выраженную степень повреждения сосудистого эндотелия у пациентов с БК-аксСпА в сравнении с другими группами, на что указывает увеличение средней толщины пограничной области перфузии (PBR) в сосудах диаметром 5-25 мкм при высоком уровне потока: в группе А – 1.76 мкм [Q1-Q3: 1.63-1.85 мкм], группе В – 1.44 мкм [Q1-Q3: 1.29-1.60 мкм], группе С – 1.43 мкм [Q1-Q3: 1.27-1.48 мкм], группе D – 1.14 мкм [Q1-Q3: 0,95-1,37 мкм] ($p < 0.001$); парное сравнение продемонстрировало более выраженное истончение ЭГК у больных БК-аксСпА в сравнении с изолированным течением аксСпА ($p = 0.009$) и здоровыми лицами ($p < 0.001$), а также у пациентов с БК в сравнении с контролем ($p = 0.042$). Величина Индекса Здоровья Микрососудов (MVHS) у пациентов с БК-аксСпА составила 2.80 [Q1-Q3: 2.19-3.17], у больных АксСпА – 4.04 [Q1-Q3: 3.06-5.06], при БК – 3.96 [Q1-Q3: 3.40-4.73], в группе контроля – 5.75 [Q1-Q3: 4.42-6.92] ($p < 0.001$); при парном сравнении выявлено статистически значимое отличие величины MVHS в группе А в сравнении с группами В ($p = 0.003$), С ($p = 0.047$) и D ($p < 0.001$).

Не обнаружено статистически значимых отличий в величине PBR микрососудов разного диаметра у пациентов исследуемых групп, получающих генно-инженерную биологические препараты (ГИБП), а также традиционные синтетические иммуносупрессоры (метотрексат, азатиоприн, сульфасалазин) и нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). Терапия системными глюкокортикоидами (ГК) у пациентов с БК-аксСпА была ассоциирована с увеличением PBR сосудов диаметром 10-19 мкм ($p = 0.009$), 20-25 мкм

($p = 0.013$) и 5-25 мкм ($p = 0.013$). В свою очередь у пациентов с БК (группа С), принимающих ГК, выявлено снижение числа сосудов, содержащих более 50% эритроцитов ($p = 0.002$), и увеличение PBR 5-9 мкм ($p = 0.003$) и 5-25 мкм ($p = 0.045$).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о более выраженном истончении ЭГК микрососудов у пациентов с БК-аксСпА в сравнении как со здоровыми лицами, так и с пациентами с изолированным течением аксСпА и БК, на что указывает увеличение показателя PBR и снижение MVHS при темнопольной микроскопии сосудов сублингвальной области. Обнаружено, что системная терапия ГК может быть ассоциирована с истончением слоя ЭГК при БК и БК-аксСпА, при этом данное явление у пациентов с БК отмечено преимущественно на уровне капилляров (5-9 мкм), в то время как при БК-аксСпА – на уровне мельчайших артериол и венул (от 10 до 25 мкм). Не обнаружено различий в степени нарушений микроциркуляции в зависимости от приема ГИБП, НПВП и традиционных синтетических иммуносупрессоров в исследуемых группах. В связи с небольшим объемом выборки планируется продолжить набор пациентов для подтверждения выявленных расстройств микроциркуляции у пациентов с БК-аксСпА.

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СИНОВИИ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С КЛИНИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Данилова А.Н.

Новосибирский национальный исследовательский
государственный университет,
г. Новосибирск

Актуальность. Ревматоидный артрит (РА) – распространенное аутоиммунное заболевание, характерным проявлением которого является формирование необратимых деформаций суставов с последующей инвалидизацией. Стратегия «лечения до достижения цели» (T2T) предполагает достижение ремиссии или низкой активности заболевания. Однако несмотря на доступность передовых методов лечения, у ряда пациентов после проведенной терапии симптомы сохраняются. Ведение этой группы больных, недавно названной «труднолечимым» (D2T) РА, является сложной задачей, имеет ограниченную доказательную базу и связано со значительным экономическим бременем. Таким образом, мониторинг лиц с чертами D2T РА с момента постановки диагноза РА позволит сосредоточить усилия на раннем вмешательстве и дальнейшем предотвращении прогрессирования РА до состояния множественной лекарственной резистентности.

Первичным участком воспаления при РА является синовиальная оболочка, в которой иммунологические и морфологические изменения возникают еще до клинической манифестации заболевания. Обсуждается, что ответ на терапию может зависеть от «синовиальной сигнатуры» или гетерогенности тканей. При раннем РА были описаны три основных синовиальных субтипа: лимфомиелоидный (преимущественно В-клетки при наличии клеток миелоидного ряда), диффузно-миелоидный (преимущественно клетки миелоидного ряда при скудном количестве В-клеток) и малоиммунный (преобладают фибробласты при скудном количестве клеток иммунной системы). Пациенты с лимфомиелоидным субтипом, ранее не получавшие лечения имели более высокую клиническую активность заболевания, иммунологическую активность, а также демонстрировали более быструю рентгенологическую прогрессию через 12 месяцев наблюдения. Интересно, что терапия анти-TNF α была менее эффективной у пациентов с малоиммунным патотипом, характеризующимся преобладанием стромальных клеток (фибробластов). Таким образом, морфологические изменения синовиальной оболочки могут объяснять гетерогенность ответа на лечение, что имеет перспективы для принятия персонализированных терапевтических решений для таргетной терапии.

Цель исследования. Анализ морфологических изменений синовиальной оболочки коленного сустава у больных ревматоидным артритом с различной активностью заболевания.

Материалы и методы. В исследование включены 42 пациента – 30 пациентов с РА и 12 – с остеоартритом (ОА) в качестве группы сравнения. Проводилось общеклиническое обследование больных, оценка активности заболевания (СОЭ, СРБ, комплексные индексы активности), оценка иммунного статуса. У больных РА с синовитом коленного сустава выполнялась тонкоигольная биопсия синовиальной оболочки сустава под УЗ-контролем. У пациентов с ОА забор материала проводился при проведении артроскопии/эндопротезировании коленного сустава. Проводилась стандартная гистологическая подготовка, окраска гематоксилином-эозином.

Результаты и их обсуждение. В нашем исследовании при выполнении ТИАБ не зафиксировано на одного осложнения, что демонстрирует безопасность и доступность метода. Параметры иммунного статуса при ревматоидном артрите демонстрируют изменения, характерные для аутоиммунного заболевания в виде высокого уровня HLA DR-активированных Т-лимфоцитов. В то же время, не выявлены статистически значимые отличия параметров иммунного статуса в зависимости от активности РА. У больных РА с умеренной и высокой активностью заболевания выявлено большее содержание лимфоцитов по сравнению с низкой активностью заболевания и остеоартритом. У больных РА с низкой активностью заболевания выявлено большее содержание макрофагов и фибробластов. У больных ревматоидным артритом, в том числе с низкой активностью, по сравнению с остеоартритом было

больше содержание клеток, участвующих в воспалительной реакции, что отражает недостаточное купирование процесса, несмотря на проводимую терапию.

Вывод. Тонкоигольная биопсия синовиальной оболочки является легкодоступной безопасной методикой прижизненной визуализации патоморфологических изменений синовиальной оболочки. У пациентов с РА выявлены статистически значимые отличия патоморфологической картины в синовии в зависимости от активности процесса. Несмотря на низкую клиническую активность воспаления, на тканевом уровне проявления воспаления сохраняются. Это может объяснить феномен рентгенологической прогрессии заболевания даже у пациентов с низкой активностью заболевания и требует дальнейшего изучения.

КОМОРБИДНОЕ ТЕЧЕНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Данилова А.Е., Перцев А.В., Главатских Ю.О.
Воронежский государственный медицинский
университет им. Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Актуальность. Длительное стойкое повышение артериального давления ведет к поражению органов-мишеней, а также развитию ассоциированных клинических состояний, является одним из основных факторов повышения риска сердечно сосудистых осложнений (ССО). Распространенность данной патологии среди населения Российской Федерации составляет свыше 39,7%. По данным актуальных крупных научных исследований зачастую артериальная гипертензия является вторичной, а основной причиной являются различные дисфункции щитовидной железы (ЩЖ).

Цель. Оценить наличие взаимосвязи уровня артериального давления с уровнем ТТГ, сТ3 у пациентов с артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Для проведения исследования были отобраны 240 пациентов (168 женщин и 72 мужчины, средний возраст $49,7 \pm 7,8$) с установленным диагнозом артериальная гипертензия 1-3 степени. Все пациенты, включенные в исследование, принимали антигипертензивную терапию в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению артериальной гипертензии (2020). Нами было проведено исследование уровня тиреоидных гормонов, а также оценка артериального давления по данным суточного мониторирования АД (СМАД). По результатам СМАД оценивались среднесуточное САД, Среднесуточное ДАД, а также пульсовое АД, параметры суточного изменения АД.

Результаты. В ходе проведения НИР нами была установлена умеренная прямая корреляционная связь

между концентрацией ТТГ в плазме крови и показателем среднесуточного САД, а также среднесуточным ДАД и среднесуточным средним АД. Была обнаружена слабая прямая корреляционная связь между концентрацией ТТГ и степенью ночного снижения уровня АД. Концентрация сТЗ имела обратную умеренную корреляционную взаимосвязь со среднесуточным показателем САД и среднесуточным ДАД имеет, а также обратную взаимосвязь с средним суточным показателем АД и слабую прямую с степенью ночного снижения уровня АД.

Выводы. Показатели тиреоидного статуса однозначно коррелируют с уровнем артериальной гипертензии, что дает возможность сделать вывод об участии данных гормонов в регуляции сосудистого тонуса.

ОЦЕНКА СТРУКТУРЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖИТЕЛЕЙ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Данилова А.Е., Перцев А.В., Главатских Ю.О.
Воронежский государственный медицинский
университет им. Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Актуальность. 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 45-60 лет в 2018 и 2019 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 88 пациентов в возрасте 45-60 лет, проживающих в г. Воронеже. Из них: мужчины составили 52 человека, женщины – 36. Статистическая обработка данных проводилась с использованием стандартных методов вариационной статистики: расчета средних значений (M), стандартного отклонения (SD), проведения Т-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 $6,7 \pm 1,3$ см³. Гипоплазия щитовидной железы также обнаружена не была. При пальпаторном обследовании была установлена 0 степень увеличения щитовидной железы. Объем щитовидной железы у мужчин составлял $6,4 \pm 1,2$ см³, у женщин – $7,3 \pm 1,2$ см³. Изменения структуры органа были обнаружены у 12,1% обследованных пациентов. Кисты щитовидной железы были выявлены у 11,3% обследованных, были единичными, размером 1,5-3,0 мм. Единичные узлы были обнаружены в 0,6% 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.

ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ МЕЖДУ СТАЦИОНАРНЫМ ОТДЕЛЕНИЕМ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКИМИ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯМИ

Денчик А.В.¹, Бенян А.С.², Акопян А.Б.³

¹Приволжская центральная районная больница,

²Министерство Самарской области,

³Кинельская центральная больница

города и района,

г. Самара

Цель исследования. Оценить эффективность стационарных отделений скорой медицинской помощи (СОСМП) в рамках преемственности в оказании медицинской помощи пациентам с заболеваниями внутренних органов.

Материал и методы. Одной из основных задач оказания доступной и качественной медицинской помощи населению является преемственность между ее отдельными этапами (скорая медицинская помощь, амбулаторно-поликлинические подразделения, многопрофильные стационары). Совершенствование организации специализированной медицинской помощи в экстренной форме в медицинских организациях II уровня и центральных районных больницах (ЦРБ) способствует обеспечению доступности и качества оказания помощи. Отделение скорой медицинской помощи при больнице является одним из самых ресурсоемких подразделений с большими внешними и инфраструктурными параметрами. Внедрение новой организационного подхода – возведения СОСМП на базе крупных межрайонных центров приводит к росту объема медицинской помощи, наиболее выраженным в амбулаторной группе больных. Проведен анализ работы СОСМП, построенных в 4-х ЦРБ северных территорий Самарской области в 2021-2022 гг. Строительство было осуществлено с использованием модульных конструкций. В составе каждого СОСМП имеются блок лучевой диагностики (рентгенография, флюорография, маммография, компьютерная томография), ультразвуковые и эндоскопические кабинеты (видеогастроскопия, видеоколоноскопия, видеобронхоскопия), клиническая лаборатория. Возможность сочетания неотложных мероприятий и плановой профилактической работы предусмотрена путем управления потоками, наличия отдельных входных групп, а также расположением тяжелого оборудования на стыке модулей. Организация работы СОСМП в едином цифровом контуре обеспечена путем установки автоматических рабочих мест и подключения к единой медицинской информационной аналитической системе (ЕМИАС).

Результаты и их обсуждение. За 9 месяцев работы в СОСМП было зарегистрировано 47129 обращений. Из них 22952/48,7% пациентов были доставлены службой СМП, 24177/51,3% пациентов обратились самостоятельно. Из всех зарегистрированных пациентов 21062/44,7% были с терапевтической патологией внутренних органов. Анализ логистики оказания помощи показал, что в новых СОСМП был сокращен путь движения пациента в 2,2 раза, а время от момента поступления до момента госпитализации/направления на амбулаторное лечение сократилось в 1,5 раза. Временной промежуток «вход-начало оказания помощи» составил у пациентов с неотложной патологией без непосредственной угрозы жизни $7,7 \pm 1,7$ минут, у пациентов, с состояниями требующих плановых мероприятий $14,0 \pm 3,2$ минут. Среднее время нахождения пациента в стационарном отделении скорой помощи от начала получения услуги и направления на амбулаторное лечение достигало $51,7 \pm 15,6$ минут. Среди 21062 пациентов с терапевтической патологией у 5223/24,8% заболевание было выявлено впервые, у 15839/75,2% было диагностировано обострение/усугубление хронических состояний. На амбулаторное

лечение направлено 65,2% обратившихся за медицинской помощью. Количество выполненных услуг на одного пациента, в последующем направленным на амбулаторный этап, составило 8 исследований. При выписке из СОСМП на амбулаторное наблюдение или долечивание, врач СОСМП передавал актив врачу поликлиники посредством ЕМИАС. В течение следующих 12 часов пациент осматривался на дому медицинским персоналом, либо была проводилась телемедицинская консультация (ТМК) в режиме «врач-пациент» с занесением необходимой информации в электронную медицинскую карту. Проведена 2081 ТМК. Тем самым случаев прерывания наблюдения, «потери пациента» после выписки из стационара не наблюдалось. Учитывая наличие достаточно большого количества выполненных диагностических услуг, входящих в программу проведения профилактических мероприятий, в настоящее время прорабатывается вопрос учета их в диспансеризации и периодических медицинских осмотров населения. Возможность проведения обследования амбулаторных пациентов на высокотехнологичном оборудовании, установленном в СОСМП, позволило также повысить эффективность выявления заболеваний, в том числе – увеличить долю злокачественных новообразований, выявленных на I-II стадиях до 61,8%, тем самым обеспечив своевременность взятия пациентов на диспансерный учет.

Выводы. Создание СОСМП в многопрофильных стационарах учреждений II уровня и ЦРБ с обязательной их интеграцией в ЕМИАС позволяет не только повысить доступность медицинской помощи и ее качество, но и позволяет настроить преемственность между стационарным этапом оказания помощи и амбулаторно-поликлиническими подразделениями. Работа данных отделений, оснащенных всем необходимым современным медицинским оборудованием помогает также решить вопрос прохождения дообследования для пациентов, проходящих профилактические медицинские осмотры, способствуя ускорению всех его этапов и раннему выявлению заболеваний.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Десинова О.В., Старовойтова М.Н.
Научно-исследовательский институт
ревматологии им. В.А. Насоновой,
Москва

Системная склеродермия (ССД) – это хроническое мультисистемное заболевание, характеризующееся повреждением сосудов, аутоиммунными и фиброзными процессами.

Поражение внутренних органов – легких, сердца и почек – является причиной высокой летальности при этом заболевании. Поражение опорно-двигательного аппарата является частым проявлением ССД и одним из основных факторов, приводящих к инвалидности и значительному снижению качества жизни у пациентов с ССД.

При ССД чаще чем при других заболеваниях соединительной ткани встречаются воспалительные миопатии. «Простая миопатия» (фиброзирующая миопатия) чаще встречается у пациентов с ССД. При этой форме наблюдается слабость проксимальных мышц, нормальный или слегка повышенный уровень КФК и альдолазы, а также многофазные потенциалы двигательных единиц (ПДЕ) на игольчатой электромиографии (иг-ЭМГ), без фибрилляций и спонтанной активности, которые характеризуют классический поли/дерматомиозит (ПМ/ДМ). Поражение мышц обычно невосприимчиво к глюкокортикоидам (ГК). «Осложненная миопатия» встречается гораздо реже и представляет собой перекрест двух заболеваний ССД и ПМ, характеризуется проксимальной мышечной слабостью, высоким уровнем мышечных ферментов в сыворотке крови, полифазным ПДЕ короткой продолжительности и малой амплитуды, фибрилляциями, положительными острыми волнами и потенциалами вкальвания на иг-ЭМГ, признаками воспаления при биопсии мышц. При этой форме эффективна терапия ГК. По данным литературы до 42% пациентов с ССД имеют миопатию, миалгия наблюдается у 20-86%, мышечная слабость при мануальном мышечном тестировании варьировала в широких пределах от 10% до 96%, чаще встречается проксимальная мышечная слабость.

Слабость в дистальных отделах конечностей также может присутствовать, но связана преимущественно с фиброзом кожи, подлежащих тканей и суставными изменениями. Помимо поражения мышц конечностей при ССД могут поражаться мышцы-разгибатели шеи. Пациенты с ССД и миопатией в 21% случаев имеют высокий риск поражения миокарда, что может привести к развитию опасных для жизни нарушений проводимости на поздней стадии заболевания. В сыворотке крови отмечается повышение уровня миспецифических ферментов одного или более (КФК, альдолазы и др.). По данным регистра EUSTAR, содержащей данные о 9165 пациентов с ССД у пациентов с лимитированной ССД наблюдался ПМ/ДМ у 18,9% и с диффузной ССД – у 33,5%. У пациентов ССД с анти-Scl 70, чаще встречалось поражение мышц (32% имели мышечную слабость, 16% – мышечную атрофию и у 8,7% – повышение КФК) по сравнению с АЦА позитивной ССД.

По данным метаанализа 31% пациентов с ССД-ПМ/ДМ имеют анти-PM/Scl антитела, 8-24% – a-Jo-1, у 54% с диффузной формой ССД с анти-U3-RNP (фибрилярин) развился миозит. Анти-PL7 и анти-PL1, анти-SRP, анти-Ku встречаются также при ССД, но с низкой частотой.

46-97% пациентов с ССД имеют поражение суставов. В 16-65% случаев суставной синдром является первым проявлением заболевания, предшествуя развитию феномена Рейно или появляется одновременно с ним. Суставной синдром считается ранним признаком ССД. Однако артриты и теносиновиты являются неспецифичными признаками заболевания и поэтому не включены в критерии очень ранней диагностики ССД (VEDOSS). По данным разных авторов от 23 до 81% пациентов с ССД имеют артралгии, которые чаще встречаются у пациентов с диффузной формой ССД. При изучении метаанализа 7 исследований распространенность рентгенологически выявляемого артрита составляет 26% при ССД. По данным регистра EUSTAR синовит наблюдался у 16%, феномен крепитации сухожилий у 11% и контрактуры суставов у 31% пациентов с ССД. Наличие синовитов и лабораторно-воспалительной активности (повышение СОЭ, СРБ) свидетельствуют о системном воспалении при ССД. Синовит у пациентов с ранней ССД является потенциальным риском развития диффузной формы заболевания.

До 80% пациентов с ССД имеют характерную для ССД рентгенологическую картину. Выделено 3 рентгенологических паттерна у пациентов с ССД:

1. Периартикулярные фиброзные изменения (периартикулярный паттерн);
2. Воспалительное поражение суставов (воспалительный паттерн);
3. Дегенеративные изменения суставов.

К характерным признакам ССД относятся кальциноз и остеолит. Частота кальциноза при ССД по данным литературы встречается до 27% с локализацией в коже, подкожных тканях, по ходу фасций и сухожилий, периартикулярно в области ногтевых фаланг кисти, метакарпофаланговых суставов, предплечий, локтевых и коленных суставов. Описаны и редкие локализации – кальциноз надгортанника, голосовых связок, перикарда, капсулы печени и селезенки. Резко выраженный кальциноз с преимущественной локализацией его в подкожно жировой клетчатке и/или мышцах характерен для миопатии (ССД-ПМ/ДМ overlap- синдром, оссифицирующий миозит).

Частота остеолита при ССД колеблется от 9 до 63% случаев. Наиболее распространена резорбция дистальных фаланг кистей. Встречаются редкие локализации: 12% ребра, 17% нижняя челюсть, 2-8% дистальный отдел локтевой кости. Предикторами развития акроостеолита и кальциноза являются дигитальные язвы и некрозы.

Следует отметить, некоторые особенности поражения суставов при ССД. Эрозии в мелких суставах кистей развиваются у 5 – 40% пациентов с ССД. Большинство эрозий в мелких суставах кистей подобны эрозивному процессу при остеоартрите. Характерно поражение 1 пястно-фалангового сустава кисти, сужение суставной щели преимущественно в дистальных межфаланговых суставах наблюдается у 30% пациентов с ССД.

Поражение сухожилий при ССД встречается в 20% случаев и до 36% в ранней стадии заболевания. Чаще развивается в сухожилиях сгибателей и разгибателей мышц предплечий и области голеностопных суставов. В основе феномена крепитации сухожилий отложения фибрина в толще синовиальной оболочки и близлежащих фасций с развитием воспалительного пролиферативного теносиновита. Наличие феномена крепитации сухожилий является предиктором тяжелого диффузного поражения кожи и внутренних органов, ассоциируется с высокой активностью заболевания и является фактором неблагоприятного прогноза. Для диагностики поражения суставов и сухожилий при ССД используют УЗИ и МРТ исследования. По данным литературы и собственным данным МРТ исследование по сравнению с УЗИ исследованием является более чувствительным методом обнаружения синовитов, теносиновитов и эрозий у пациентов ССД с артралгиями. Пациенты имеющие артралгии в клинической картине ССД могут иметь неэрозивный артрит. Низкочастотная МРТ выявляет субклиническое воспаление суставов кистей при ССД.

Таким образом, поражение опорно-двигательного аппарата является частым и ранним проявлением ССД, что должно учитываться при диагностике ССД. Суставные (артралгия, синовит, контрактуры), сухожильные (трение сухожилий, тендосиновит) и мышечные проявления (миалгия, мышечная слабость, миозит) должны быть тщательно оценены во время обследования пациентов с ССД, поскольку они не только распространены, но и существенно влияют на качество жизни, и некоторые из них также имеют прогностическую ценность в отношении активности и тяжести заболевания. Остеолиз и кальциноз, которые появляются позже, но благодаря своей характерности весьма ценны для распознавания сложных в диагностическом отношении случаев заболевания. УЗИ и МРТ исследования позволяют выявить наличие субклинического синовита уже на ранней стадии заболевания, что способствует началу своевременной адекватной терапии, включая раннюю реабилитацию пациентов с ССД.

ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА D НА ТЯЖЕСТЬ РАННИХ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА И УРОВЕНЬ ПРОВСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ

Джеломанова С.А., Лесниченко Д.А., Майлян Э.А.
Донецкий государственный медицинский
университет им. М. Горького,
г. Донецк

Климактерический синдром (КС), развивающийся в результате снижения гормональной функции

яичников на фоне общего старения организма, представляет собой комплекс обменно-эндокринных, вегетативно-сосудистых и психических нарушений, которые резко снижают качество жизни. В возникновении ранних симптомов КС, согласно результатов ряда исследований, немаловажную роль играет развитие системного воспаления. Развитие ранних клинических проявлений климактерия ассоциируется также с дефицитом витамина D, однако данные об эффективности его применения в терапии пациентов с ранними симптомами КС представлены единичными работами.

Цель работы. Оценить динамику тяжести клинических проявлений климактерического синдрома и сывороточные уровни провоспалительного интерлейкина-8 при использовании препарата витамина D в комплексе со стандартной заместительной гормональной терапией у женщин раннего постменопаузального возраста.

Материалы и методы исследования. Обследовано 188 женщин в возрасте 48-57 лет с продолжительностью менопаузы до 5 лет. Контрольную группу составили 73 женщины с отсутствием клинических проявлений КС. 58 женщин с наличием клинических проявлений КС получали в течение 6 месяцев стандартную заместительную гормональную терапию (ЗГТ) препаратом Фемостон® 1/10 и составили группу сравнения. 57 женщин в дополнение к аналогичному 6 месячному курсу ЗГТ был также назначен прием препарата холекальциферола Аквадетрим®. Через 6 месяцев терапии 53 женщины группы сравнения и 51 женщина основной группы были обследованы повторно. Тяжесть симптомов психосоциальной сферы оценивалась с помощью опросника оценки тяжести симптомов менопаузальных расстройств (шкала Грина). Концентрацию интерлейкина-8 определяли в сыворотке периферической крови методом иммуноферментного анализа.

Результаты и обсуждение. На фоне использования изолированной ЗГТ, отмечено достоверное снижение тяжести 8 из 11 симптомов психосоциальной сферы ($p < 0,05 - < 0,001$), а именно чувства напряженности, нервозности; нарушения сна; приступов тревоги, паники; трудностей в концентрации внимания; чувства усталости или недостатка энергии; потери интереса ко многим вещам; чувства недовольства или депрессия, а также раздражительности. Использование комплекса ЗГТ и препарат витамина D сопровождалось снижением тяжести 10 из 11 симптомов психосоциальной сферы ($p < 0,05 - < 0,001$). Помимо перечисленных выше симптомов, в данной группе зарегистрировано достоверное ($p < 0,05$) снижение выраженности возбудимости и плаксивости.

Изолированный прием гормонов сопровождался тенденцией ($p < 0,1$) к снижению концентрации ИЛ-8 с 8,5 [4,9; 12,0] пг/мл до 7,1 [3,5; 11,2] пг/мл, в то время как включение в терапию витамина D сопровождалось достоверным ($p < 0,001$) снижением содержания ИЛ-8 с 7,9 [4,5; 11,0] до 4,3 [2,8; 6,9] пг/мл. Через 6 месяцев терапии уровень ИЛ-8 в группе сравнения достоверно

($p < 0,05$) превышал аналогичный показатель женщин без КС, составлявший 5,3 [3,3; 8,4] пг/мл, а также показатель женщин основной группы ($p < 0,01$).

Таким образом, использование ЗГТ вне зависимости от приема холекальциферола приводит к снижению тяжести ряда симптомов психосоциального кластера шкалы Грина ($p < 0,05$ – $< 0,001$). При этом исчезновение отдельных симптомов (возбудимости и плаксивости) обнаруживается только на фоне приема препарата витамина D ($p < 0,05$). В группе женщин, терапия которых включала прием холекальциферола, регистрируется достоверное снижение сывороточного уровня ИЛ-8 ($p < 0,001$) до значений, регистрируемых у женщин без симптомов КС. Концентрация же указанного маркера после использования только ЗГТ характеризовалась лишь тенденцией ($p < 0,1$) к снижению, оставаясь достоверно ($p < 0,05$) выше показателей контрольной и основной (после лечения) группы.

Выводы. При обследовании 188 женщин 48-57 лет в период ранней постменопаузы, 115 из которых имели климактерический синдром, установлено, что использование ЗГТ женщинами с КС вне зависимости от приема холекальциферола приводит к снижению тяжести ряда симптомов психосоциальной сферы шкалы Грина ($p < 0,05$ – $< 0,001$). При этом уменьшение выраженности таких признаков КС, как возбудимость и плаксивость, обнаруживается только в группе женщин, которые наряду с ЗГТ получали препарат витамина D ($p < 0,05$). Прием холекальциферола сопровождается достоверным снижением уровня ИЛ-8 ($p < 0,001$) до значений, регистрируемых у женщин без симптомов КС. Использование только ЗГТ сопровождалось лишь тенденцией ($p < 0,1$) к снижению ИЛ-8, уровень которого оставался достоверно ($p < 0,05$) выше показателей контрольной и основной (после лечения) группы. Результаты исследования целесообразно использовать при назначении лечебно-профилактических мероприятий женщинам с климактерическим синдромом.

АМИЛОИДОЗ СЕРДЦА: ПРИЧИНЫ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Дзюбан А.М., Волошинова Е.В., Яковлева Е.В.

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

Цель исследования. Изучить особенности течения системного амилоидоза и представить трудности диагностики амилоидоза сердца на примере клинического случая.

Материалы и методы. Представлено клиническое наблюдение пациентки П., 59 лет, с системным амилоидозом. Проведена оценка анамнеза, результатов

лабораторных и инструментальных методов исследования, объективных данных.

Результаты и обсуждение. Пациентка П., 59 лет, до 2021 г. с нагрузками справлялась; отец умер в возрасте 74 лет от неизвестной кардиальной патологии. В октябре 2019 г. оперирована по поводу синдрома карпального канала слева, с этого времени отмечала жжение ладоней и стоп. В ноябре 2021 г. перенесла коронавирусную инфекцию, после чего впервые возникла слабость, одышка при ходьбе. В марте 2022 г. появилась одышка в покое, сердцебиение, транзиторная гипотония, отеки голеней. Находилась в центральной районной больнице по месту жительства, где выставлен диагноз тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), мелких и средних ветвей. В мае госпитализирована с признаками хронической сердечной недостаточности (ХСН). Как причина ХСН исключены ТЭЛА, миокардит, ИБС. Выставлен диагноз: постковидная миокардиодистрофия, декомпенсированная стадия, ХСН НИБ (IVФК). На фоне стандартной терапии ХСН состояние улучшилось, на амбулаторном этапе терапия продолжена. В последующем дважды госпитализирована в кардиологический стационар в связи с нарастанием симптомов ХСН. В марте 2023 г. отмечено значительное усиление одышки, отекающего синдрома, тахикардии и слабости. 24 марта госпитализирована в кардиологическое отделение. Сохранились парестезии, появилась ортостатическая гипотония. Обращали внимание периорбитальная кожная пурпура (симптом «глаза енота»), снижение массы тела на 30 кг за год, появление протеинурии (ПУ) 1г/сутки, уровень NTproBNP 2259,9 пг/мл. По данным ЭхоКГ неоднородность структуры миокарда при сохраненной фракции выброса, утолщение стенок желудочков, увеличение предсердий, индекс массы миокарда левого желудочка 201 г/м². При холтеровском мониторировании ЭКГ – атриовентрикулярная блокада II степени с периодикой Венкебаха. Наличие полиневропатии, протеинурии в сочетании с гипотонией, рефрактерной к лечению ХСН, увеличением массы миокарда явилось основанием для исключения амилоидоза. Запланирована диагностическая нефробиопсия, однако пациентка внезапно потеряла сознание. На ЭКГ – асистолия. Проводимые реанимационные мероприятия без эффекта. При направлении на аутопсию выставлен диагноз первичного амилоидоза с поражением почек, сердца, желудочно-кишечного тракта, соматической и автономной нервной системы. По данным макроскопического и микроскопического исследования диагноз амилоидоза был подтвержден (первичный амилоидоз с преимущественным поражением сердца с участками полного замещения миокарда массами амилоида в задней стенке левого желудочка, с поражением предсердий, клапанного аппарата, стенок коронарных и интрамуральных артерий, с поражением легких, поражением подслизистого и мышечного слоя желудочно-кишечного тракта, брыжейки тонкой кишки, вне органных артерий

почек). Амилоидоз почек не обнаружен, появление ПУ обусловлено застойной почкой на фоне ХСН. Несмотря на то, что типирование амилоида не выполнялось, можно высказаться в пользу АТТН-амилоидоза (в дебюте – синдром карпального канала, проявления полиневропатии в дальнейшем, преимущественное поражение миокарда при отсутствии поражения почек, характерная для АТТН-амилоидоза длительность заболевания с момента клинической манифестации до летального исхода, составившая 43 месяца). Трудности диагностики амилоидоза сердца обусловлены поздним выявлением ЭхоКГ признаков амилоидного поражения сердца (утолщение стенок, характерное свечение, рестриктивный характер кардиомиопатии), отсутствием низковольтажной ЭКГ, поздним появлением признаков системности поражения.

Выводы. Представленное клиническое наблюдение демонстрирует необходимость более динамичного ЭхоКГ контроля в неясных случаях ХСН и предпочтительное использование современных методов визуализации миокарда: ЭхоКГ в режиме тканевой доплерометрии, позволяющее оценить деформацию миокарда, МРТ сердца с внутривенным контрастированием гадолинием, сцинтиграфии миокарда. Актуальность проблемы амилоидоза, в том числе протекающего с поражением миокарда, в настоящее время заключается в его ранней диагностике, поскольку только при таком условии можно рассчитывать на эффект новых методов лечения. Применение препарата тафамидис (включен в рекомендации Европейского общества кардиологов по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности 2021г.) в комплексной терапии ХСН при АТТН-амилоидозе, вероятно, позволит повлиять на прогноз этого тяжелого заболевания.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ МОНИТОРИРОВАНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА

Дикарева Е.А., Близнёв П.Р.
Витебский государственный
медицинский университет,
г. Витебск, Беларусь

В последние десятилетия в России, как и во всем мире, отмечается неуклонный рост регистрации случаев воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК), среди которых ЯК является наиболее часто встречающейся нозологией. Вклад в эту тенденцию бесспорно вносит улучшение качества диагностики заболевания и, вероятно, его истинная экспансия.

Выбор современного варианта лечения ЯК (индукция ремиссии, достижение целевых показателей,

эскалация или деэскалация фармакотерапии, а также поддержание ремиссии) определяется преимущественно степенью активности воспаления. Минимальные значения показателей активности заболевания являются предикторами длительности ремиссии ВЗК.

Степень активности ВЗК по клиническим, лабораторным (прежде всего по фекальному кальпротектину), эндоскопическим и гистологическим данным не идентичны. Известно, что сначала наступает клиническая, затем эндоскопическая, а после этого – гистологическая ремиссия. В последние годы появились сообщения, что еще более ценным показателем активности ВЗК является трансмуральная характеристика кишки, которая отражает состояние не только слизистой оболочки, как морфологическое исследование биоптата, но и других слоев стенки кишки и окружающей ткани. Для оценки трансмуральной ремиссии используется магнитно-резонансная томография, компьютерная томография и интестинальное ультразвуковое исследование (ИУЗИ). К сожалению, несмотря на экспоненциальный рост публикаций по этой проблеме за рубежом, отсутствуют данные о возможностях и ограничениях ИУЗИ в выявлении активных форм ВЗК, сопровождающихся эрозивно-язвенным процессом по результатам эндоскопического исследования. Клиницистам необходим надежный недорогой неинвазивный инструмент для быстрого подтверждения высокой активности ЯК, т.к. проведение колоноскопии при активном ЯК часто не показано или противопоказано из-за опасности ятрогенного ухудшения состояния пациента. Такие возможности, как предполагают некоторые зарубежные эксперты, может предоставить ИУЗИ, однако доказательства такого предположения на сегодняшний день имеются лишь фрагментарные, а четко сформулированные эхографические критерии активности с учетом варианта заболевания отсутствуют.

Цель лечения ЯК в настоящее время заключается в нормализации клинической картины и достижении эндоскопической ремиссии. В последнее время колоноскопия все чаще используется для оценки активности заболевания. Это связано с тем, что заживление слизистой оболочки у пациентов с ЯК, способствует улучшению долгосрочных прогнозов у пациентов с данной патологией. В то же время колоноскопия с осмотром терминального отдела подвздошной кишки является инвазивной процедурой и может приводить к развитию жизнеугрожающих осложнений.

Тем не менее выполнение колоноскопии постоянно для оценки активности ЯК невозможно из-за высокой стоимости процедуры и риска развития опасных осложнений, который возрастает при увеличении активности заболевания.

Следовательно, необходимы альтернативные и надежные неинвазивные методы для оценки активности ЯК. ИУЗИ является быстрым, эффективным, неинвазивным и относительно дешевым методом визуализации.

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Долгих А.О., Перцев А.В., Главатских Ю.О.
Воронежский государственный медицинский
университет им. Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Актуальность. В настоящее время хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одним из распространенных и прогрессирующих заболеваний сердечно-сосудистой системы. Увеличение продолжительности жизни населения и возрастание доли лиц пожилого и старческого возраста в структуре населения способствует возрастанию у них количества патологических состояний. 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 76 пациента с ХСН, в том числе 42 мужчины (55%) и 34 женщины (45%), в возрасте от 38 до 67 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 40 (54,8%) пациентов (16 мужчин и 24 женщины) с хронической сердечной недостаточностью без анемии. В группу 2 были отобраны 36 (45,2%) больных (16 мужчин и 20 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 52 – (68%), а ситуативной тревожности (СТ) – у 76 – 100% обследованных. Легкая депрессия была определена у 28 больных (36,8%), умеренная – у 16 пациентов (21%), а тяжелое депрессивное состо-

яние – у 5 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.

ВЕГЕТАТИВНЫЙ ДИСБАЛАНС ПРИ ГИПЕРУРИКЕМИИ У МУЖЧИН С ОЖИРЕНИЕМ

Долгов Н.В.¹, Красивина И.Г.²

¹Клиническая больница «РЖД-Медицина»,

²Ярославский государственный
медицинский университет,
г. Ярославль

Взаимосвязь гиперурикемии (ГУ) с повышенным сердечно-сосудистым риском широко обсуждается в настоящее время. Известна тесная метаболическая сопряженность ГУ с дислипидемией и нарушениями гликемического контроля. Факт более частой встречаемости ГУ у мужчин с ожирением очевиден. Вероятность влияния ГУ на такие нейротрансмиттеры, как адреналин и норадреналин, участвующие в формировании синдрома артериальной гипертензии как ведущего кардиоваскулярного фактора риска, является менее изученной.

Цель. Комплексная оценка взаимосвязи ГУ с нарушениями вегетативного и метаболического баланса у мужчин с ожирением.

Материал и методы. На базе амбулаторно-поликлинических подразделений ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» город Ярославль» обследовано 107 работающих мужчин, из которых 17 имели нормальный ИМТ (ср. возраст $46,5 \pm 7,2$ г), а 90 соответствовали критериям ожирения 1 и 2 стадии в соответствии с классификацией, предложенной в 2014 г. Американской ассоциацией клинических эндокринологов (ААСЕ) и Американской коллегией эндокринологов (АСЕ), принятой в отечественных клинических рекомендациях по ожирению 2020 г. Средний возраст $48,6 \pm 7,7$ г., средний ИМТ $31,1 \pm 3,7$ кг/м². Выполняли биохимический анализ крови, вклю-

чающий определение мочевой кислоты, глюкозы натощак, липидного профиля, креатинина. Пациенты с ожирением были распределены в группы в зависимости от уровня сывороточной урикемии: ≥ 360 мкмоль/л группа гиперурикемии (ГГУ, n=42) и < 360 мкмоль/л группа нормоурикемии (ГНУ, n=48). Оценка метаболических и вегетативных характеристик проводилась на аппаратно-программном комплексе Марвел1 (регистрационный № в Государственном реестре медицинских изделий ФСЗ 2009/04910) со специальным прикладным программным обеспечением ES Teck complex. Определяли результаты проведения фотоплетизмографии (PTG-TP – маркер инсулинорезистентности (ИР), $PERi/LVETi$ – маркер напряженности работы левого желудочка), объемной плетизмографии (ЦАоД – измерение центрального аортального давления, СТ – сосудистого тонуса, СПРВ – скорости распространения пульсовой волны), биоимпедансометрии (показатели композиционного состава тела – содержание сухой нежировой и жировой ткани, общей воды). Статистическая обработка результатов проведена с использованием программы Statistica13. Использовали параметрические и непараметрические показатели, за уровень статистической значимости принимали значение $p < 0,05$.

Результаты. ГНУ и ГГУ были сопоставимы между собой по возрасту, соотношению 1 и 2 стадии ожирения, встречаемости подагры, неалкогольной жировой болезни печени, сахарного диабета 2 типа, остеоартрита, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, хронического гастрита, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Гипертоническая болезнь в ГГУ встречалась в 1,4 раза чаще (79% против 56%; $p=0,025$). Показатели липидного профиля, уровня креатинина, основные денситометрические характеристики состава тела не различались между группами. Выявлено повышение на 6% маркеров PTG-TP ($p=0,045$) и $PERi/LVETi$ ($p=0,038$); на 8,4% гликемии натощак ($p=0,045$); на 10,5% ЦАоД ($p=0,0035$); на 29% активности АсТ ($p=0,039$), на 42% активности АлТ ($p=0,049$) и снижение общего кардиометаболического благополучия на 7,6% в ГГУ относительно ГНУ. Корреляционный анализ Спирмена обнаружил прямые взаимосвязи уровня сывороточной урикемии с повышением сосудистого тонуса (0,26), ЦАоД (0,38), аортальной жесткости (0,26), СПРВ (0,24) и обратные с общим кардиометаболическим (-0,24) и макрососудистым (-0,22) благополучием. В группе мужчин с нормальным ИМТ выявление ГУ составило 5 человек (29%), но статистически значимых различий анализируемых параметров не обнаружено.

Вывод. У мужчин с ожирением при наличии гиперурикемии отмечается более высокая степень инсулинорезистентности, вегетативный дисбаланс с преобладанием гиперсимпатикотонии, проявляющейся повышением центрального аортального давления и сосудистого тонуса, гиперфункцией левого желудочка, снижением кардиоваскулярного и макрососудистого благополучия.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННОЙ ИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ: ОПРАВДАНО ЛИ СЛЕДОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ?

Долгополов И.С.¹, Рыков М.Ю.²

¹Тверской государственный медицинский университет,

г. Тверь,

²Российский государственный социальный университет, Москва

Введение. Иммунная тромбоцитопения (ИТП) – приобретенное иммуноопосредованное заболевание, характеризующееся изолированной транзиторной или персистирующей тромбоцитопенией $< 100 \times 10^9$ /л. Различные вирусные инфекции и, иногда, предшествующие вакцинации были определены как триггеры ИТП в детском возрасте. Заболеваемость ИТП составляет 4-6,4 на 100 тыс. детей в год.

Цель. Проанализировать результаты лечения впервые диагностированной ИТП согласно клиническим рекомендациям (КР) ID699, опубликованным на сайте Минздрава России.

Материалы и методы. В анализ включено 13 пациентов (Д – 46%, М – 54%, средний возраст 9,5 (4-17) лет) с ИТП, поступивших в ДОКБ Тверской области в 2023 г. Инфекция предшествовала ИТП в 9 случаях (69%), а вакцинация против кори – в одном случае (8%). Средний период от момента начала инфекции 11 (5-15) дней. Степень кровотечения: 1 ст. – 4 (31%), 2 ст. – 3 (23%), 3 ст. – 6 (46%). Гематурия наблюдалась в 3-х (23%), меноррагия – в 1-м (8%) случаях. Средний уровень тромбоцитов на момент поступления составил $9,0 (1,0-86) \times 10^9$ /л.

Результат. Заболеваемость составила 5,7 на 100 тыс. детского населения. В качестве дебюта терапии дексаметазон в дозе 20 мг/м², дни 1-3, использовался в 54% случаев; ВВИГ 1000 мг/кг, день 1 в 15%, преднизолон 2 мг/кг, 21 день в 8% и в 23% случаев осуществлялось динамическое наблюдение. В 2 случаях (17%) потребовалось прекращение терапии стероидами и переход на ВВИГ в связи с нарастанием геморрагического синдрома и/или развитием осложнений терапии. Частичный и полный ответы были достигнуты в 8 (62%) и 4 (31%) случаях соответственно. В 1 (8%) случае ответ не мог быть оценен. Суммарная эффективность терапии первой линии составила 92%. Среднее число тромбоцитов при выписке составило $70 (20-307) \times 10^9$ /л, дней госпитализации 10,2 (2-23). Снижение уровня тромбоцитов до 1-2 степени наблюдалось у 23% в первые 6 недель со спонтанным полным выздоровлением в течение последующих 1-2 недель.

Заключение. Применение КР ID699 показало свою высокую эффективность для достижения первичного ответа и предупреждения рецидивов ИТП у детей. Суммарная частота использования ВВИГ (31%) в нашем исследовании обусловлена медленным ответом на стероиды, нарастанием геморрагического синдрома, наличием факторов риска, а также беспокойством родителей.

КЛЕТОЧНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Долгополов И.С.¹, Рыков М.Ю.²

¹Тверской государственной медицинской
университет,
г. Тверь,

²Российский государственный
социальный университет,
Москва

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одной из наиболее распространенных и тяжелых форм ишемической болезни сердца (ИБС), на фоне которой существенно снижается продолжительность и качество жизни пациентов. Применяемые в настоящее время фармакологические и немедикаментозные методы ее лечения недостаточно эффективны, а трансплантация сердца ограничена организационными и техническими сложностями, возникающими при выполнении этого оперативного вмешательства, а также недостаточной доступностью донорских органов. Известно, что потенциал клеток миокарда к репарации невелик, поэтому регенеративная терапия может быть востребована, как новое перспективное направление лечения ХСН.

Существует несколько направлений клеточной терапии, способствующей улучшению процессов репарации миокарда. Одним из них является трансплантация соматических стволовых клеток, которая считается безопасной и несколько улучшает сократимость миокарда, преимущественно за счет паракринных механизмов регуляции клеточного цикла. В качестве альтернативы этой методики, для трансплантации непосредственно в поврежденные участки миокарда могут быть использованы кардиомиоциты, полученные из индуцированных плюрипотентных стволовых клеток (iPSC). Однако до начала применения таких клеток у лиц, страдающих ХСН, предстоит решить проблемы их потенциальной онкогенности и недостаточно хорошей выживаемости в условиях редукции кровотока на фоне тяжелого коронарного атеросклероза. В ряде исследований рассматривались и другие направления клеточной терапии, в частности бесклеточный подход к прямому перепрограммированию, заключающийся в

преобразовании эндогенных сердечных фибробластов в индуцированные кардиомиоцитоподобные клетки.

Терапия стволовыми клетками при заболеваниях сердца за последние два десятилетия привлекла большое внимание и стала новым методом лечения поврежденной ткани миокарда. Различные типы стволовых клеток были исследованы в качестве перспективных терапевтических агентов, включая мультипотентные эмбриональные стволовые клетки, (ЭСК), мезенхимальные стволовые клетки (МСК), индуцированные плюрипотентные стволовые клетки (ИПСК), гемопоэтические стволовые клетки (ГСК), эндотелиальные клетки-предшественники, клетки-предшественницы кардиомиоцитов (КПК) и мононуклеарные клетки костного мозга (МНК). В исследовании, опубликованном в 2015 г, показано, что при введении стволовые клетки различных типов через 28 дней после трансплантации клеток (32 дня после инфаркта миокарда) у животных не было продемонстрировано снижения фракции укорочения (+0,5% между 4 и 28 днями; $p > 0,05$). В группе крыс, которым вводили ЭСК не достоверно улучшилась ФУ, но и не было отмечено расширения левого желудочка в конце систолы или в конце диастолы (+28% и +16% по сравнению с исходным уровнем, $p < 0,05$ и $p < 0,001$ соответственно). Объединенные данные анализа 6 исследований с 2006 по 2011 гг. интракоронарного введения МНК, объединяющего 365 пациентов после инфаркта миокарда, показали, что клеточная терапия превосходила стандартную медикаментозную терапию в отношении скорости митрального притока (отношение E/A) через 1 год наблюдения ($p < 0,00001$). Кроме того, за этот период у пациентов, получавших МНК, наблюдалось улучшение времени выполнения упражнений на 14,29 минуты по сравнению с увеличением на 4,76 минуты в контрольной группе и клинически значимое снижение наклона VE/VCO₂ ($p = 0,0005$ и $p = 0,03$ соответственно). Однако клиническое использование стволовых клеток при сердечно-сосудистых заболеваниях затруднено из-за отсутствия полного понимания процесса восстановления сердечной ткани, ограниченной возможности дифференцировки стволовых клеток в типы клеток-хозяев, лимитированных терапевтических эффектов и низкой жизнеспособности клеток в суровых условиях поврежденной сердечной ткани.

Принято считать, что кардиомиоциты у млекопитающих находятся в терминально дифференцированном состоянии. В результате этого млекопитающие не способны самостоятельно восстановить миокард, поврежденный под влиянием того или иного патологического фактора, в отличие, например, от амфибий или рыб, которые демонстрируют устойчивые регенеративные реакции участков миокарда при травматическом повреждении. Тем не менее, было показано, что новорожденные мыши обладают способностью регенерировать значительные участки сердечной мышцы после частичной хирургической резекции.

Исследования, опубликованные группой ученых из Каролинского университета в 2009 г., показали, что пул кардиомиоцитов обновляется в процессе жизни и у людей со скоростью 0,5-1% от всей популяции в год. Однако регенерационная способность кардиомиоцитов человека недостаточна велика и не способна обеспечить восстановление участка миокарда более или менее значительных размеров. На начальном этапе попытки регенеративной терапии сердечной мышцы предпринимались с использованием МНК. Несмотря на то, что ранние клинические испытания продемонстрировали улучшение сократительной функции миокарда, результаты последующих исследований были менее обнадеживающими. С развитием клеточных технологий и возможностью получать *in vitro* КПК, обладающих способностью пролиферировать и дифференцироваться в зрелые специализированные клетки миокарда, наступил новый этап развития регенеративной клеточной терапии. Введение культуры аутологичных КПК продемонстрировало некоторое улучшение сократительной функции сердечной мышцы и оказалось безопасным. Тем не менее, выживаемость трансплантированных клеток остается низкой, а их способность к дифференцировке в зрелые кардиомиоциты весьма ограниченной. Вероятнее всего, позитивные эффекты, которые отмечаются при использовании клеточной терапии МНК и КПК, связаны скорее с паракринными воздействиями на функционирующие кардиомиоциты, чем их регенерацией. Введение кардиомиоцитов, полученных в результате дифференцировки из аллогенных плюрипотентных стволовых клеток, таких как ЭСК и ИПСК также показало свою эффективность. Однако применение этих источников клеток ограничено из-за низкой скорости приживления трансплантата, в связи с их потенциальной онкогенностью, риском отторжения и этическими причинами. В последнее время развиваются и бесклеточные регенеративные подходы. Одной из новейших технологий, направленных на регенерацию кардиомиоцитов и восстановление функциональных способностей миокарда, является терапия стволовыми клетками и репрограммирование резидентных фибробластов в кардиомиоциты непосредственно *in vivo* путем трансдукции определенных кардиоспецифичных факторов.

На ранних стадиях регенеративных медицинских исследований МНК костного мозга вызвали значительный интерес, так как они показали кардиогенный потенциал *in vitro* и продемонстрировали эффективность на моделях инфаркта миокарда у животных. Небольшие клинические исследования различных способов введения МНК людям продемонстрировали умеренное увеличение фракции выброса и некоторую положительную динамику в области очагово-рубцовых изменений миокарда. Однако последующие многочисленные, рандомизированные и двойные слепые клинические испытания оказались неудачными при попытке вос-

произвести ранее полученные результаты. МСК костного мозга также показали кардиогенный потенциал *in vitro* и улучшение сердечной функции на животных моделях инфаркта миокарда. Вместе с тем, многоцентровые клинические испытания 2009-2012 гг., такие как POSEIDON, выявили лишь умеренное улучшение сердечной функции, а дальнейшие исследования продемонстрировали, что МСК не обладают способностью дифференцироваться в полноценные зрелые кардиомиоциты. Введение аллогенных МСК сопровождалось высокой частотой серьезных нежелательных явлений, возникавших у 53% включенных в исследование пациентов. Снижение частоты возникновения желудочковых аритмий у пациентов после трансэндокардиальной трансплантации аллогенных МСК по сравнению с аутологичными (0% против 27%) в клиническом исследовании POSEIDON связано, скорее, с иммунным отторжением трансплантированного клеточного материала, что и объясняет невысокую терапевтическую эффективность данного подхода.

Интерес к клеткам-предшественницам кардиомиоцитов (КПК) для клинических испытаний был вызван сообщением о том, что они способны дифференцироваться в трех направлениях, необходимых для регенерации структур миокарда, в частности кардиомиоциты, клетки гладкой мускулатуры и эндотелиальные клетки. Представление о том, что стволовые клетки являются источником регенерации кардиомиоцитов, возникло из первых наблюдений, в которых *c-kit* + ГСК, полученные из костного мозга, улучшение сердечной функции у мышей при интрамиокардиальном введении. Однако последующие исследования показали, что ГСК практически не обладают способностью образовывать кардиомиоциты, что поставило под сомнение эти более ранние сообщения. Фокус исследований сместился в сторону эндогенных *c-kit* + КПК, находящихся в миокарде. Основываясь на экспрессии *c-kit* тирозинкиназы поверхностного рецептора, в 2003 г. Beltrami et al. выделили отдельную популяцию резидентных стволовых клеток (*c-kit* + КПК) в сердце взрослых крыс, которые являются самообновляющимися, клоногенными и мультипотентными, т. е. они дифференцируются во все три основных кардиальных клона (миоциты, гладкомышечные клетки сосудов и эндотелиальные клетки). В исследовании CADUCEUS, результаты которого были опубликованы в 2012 г., с включением 25 пациентов (17 в основной группе), использовали смешанную популяцию КПК, включающую *c-kit* (+) клетки и кардиосферы. Было показано, что интракоронарная инфузия аутологичных КПК в постинфарктном периоде является безопасной, технически осуществимой и эффективной. Через 12 месяцев у пациентов, получавших КПК, наблюдалось уменьшение размера рубца на 12,3% по сравнению с 2% в контрольной группе ($p=0,007$). Через 6 месяцев было отмечено достоверное, по сравнению с контрольной группой, снижение массы рубца

($p=0,001$), увеличение жизнеспособной массы сердца ($p=0,01$) и улучшение локальной сократимости ($p=0,02$) по данным МРТ-анализа. Однако разница в показателях фракции выброса, конечного систолического и диастолического объема левого желудочка на фоне лечения аутологичными КПК в основной и контрольной группе не достигла существенных отличий.

Более поздние исследования на животных показали, что в кардиомиоциты трансформировалась лишь 0,03-0,008% трансплантированных c-kit (+) КПК, тогда как большая их часть преобразовывалась в эндотелиальные клетки. Независимым группам не удалось продемонстрировать предполагаемую сердечную регенерацию на фоне c-kit + КПК на животных моделях. Более того, было поставлено под сомнение само существование этих эндогенных клеточных популяций во взрослом сердце. Tallini и колл. не нашли свидетельств о том, что взрослые c-kit + клетки дифференцировались в кардиомиоциты, предполагая, что c-kit + экспрессия, показанная другими группами после повреждения сердечной мышцы, была обусловлена повторной экспрессией c-kit в кардиомиоцитах, вызванной окислительным стрессом и нарушением регуляции работы соответствующих генов. Zaruba и колл. также показали, что только c-kit+ КПК, полученные от новорожденных животных, могут дифференцироваться в кардиомиоциты, способствовать восстановлению сердца и обеспечивать приживание этого типа клеток в здоровом сердце. Они предположили, что способность c-kit + КПК к дифференцировке имеет возрастные ограничения и отсутствует в c-kit + КПК, полученных от взрослых особей. Таким образом, несмотря на многочисленные исследования, описывающие c-kit + КПК, опубликованные за последние 20 лет, их роль в регенерации сердца и даже их существование во взрослом сердце весьма сомнительна.

Концепция применения ЭСК привлекательна в свете их плюрипотентности и способности продуцировать необходимые экзосомы, однако их клиническое применение ограничено этическими проблемами, а также тем, что они обладают высокой иммуногенностью и могут вызывать реакцию отторжения. Кроме того, остается окончательно нерешенным вопрос о потенциальной генетической нестабильности этих клеток и формировании из них доброкачественных, а, возможно, и злокачественных новообразований.

Существующие терапевтические подходы к лечению повреждений миокарда, приводящих к развитию ХСН, не могут полностью предотвратить развитие фиброзных изменений в ишемизированных участках сердечной мышцы и восстановить их нормальную функциональную активность. Клеточная терапия была предложена в клиническую практику как многообещающий подход к регенерации сердечной мышцы. Однако результаты клинических испытаний соматических стволовых клеток показали их умеренное влияние на сократительную функцию.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С «LONG-COVID-19» СИНДРОМОМ И МЕТОДЫ КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ИХ КОРРЕКЦИИ

Долгополов И.С.¹, Рыков М.Ю.²

¹ Тверской государственный медицинский университет,
г. Тверь,

² Российский государственный социальный университет,
Москва

Введение. Долгосрочные последствия инфекции SARS-CoV-2 вызывают все большую озабоченность. «Пост-COVID-19 синдром» характеризуется нарушением функции не только легких, но затрагивает все уровни нервной системы.

Цель. Обобщить и систематизировать результаты исследований, посвященных лечению и реабилитации пациентов с поражением центральной, периферической и вегетативной нервной систем, вызванным перенесенной коронавирусной инфекцией SARS-CoV-2, и исследований, посвященных реабилитации больных с сосудистыми, поствоспалительными и травматическими поражениями нервной системы с применением стволовых клеток взрослого типа, как потенциального метода борьбы с неврологическими последствиями «постковидного синдрома».

Материалы и методы. Проведен поиск литературных источников (научных статей), включая опубликованные в рецензируемых журналах, индексируемых в pubmed, Wos, scopus и РИНЦ. Проанализировано 72 статьи, посвященных клеточным технологиям и иммунотерапии в неврологии, из которых 63 включены в данный обзор.

Результаты. Первоначально считалось, что SARS-CoV-2 не может преодолевать гематоэнцефалический барьер (ГЭБ), однако посмертные исследования церебральной патологии пациентов с COVID-19 с использованием трехмерной микрофлюидной модели ГЭБ человека заставили пересмотреть эту точку зрения. Во-первых, рецептор связывания белка SARS-CoV-2 spike (S), ангиотензин-превращающий фермент-2, широко экспрессируется на эндотелиальных клетках микрососудов головного мозга. Во-вторых, белок S может в той или иной степени напрямую повреждать целостность ГЭБ. В-третьих, белок S может вызывать воспалительную реакцию эндотелиальных клеток в микроциркуляторном русле, которая изменяет функцию ГЭБ. Эти данные подтверждают, что SARS-CoV-2 может нарушать ГЭБ и проникать в мозг, а также способствует появлению неврологических симптомов, образованию фатальных микротромбов и даже возникновению энцефалита, связанного с COVID-19. Кроме

того, чтобы пересечь ГЭБ, SARS-CoV-2 может проникать в мозг посредством транс-синаптического переноса, каналов зрительного и обонятельного нервов и эндотелиальных клеток сосудов. Также существуют данные, что SARS-CoV-2 может использовать клетки иммунной системы (макрофаги) для распространения по телу и проникновения через ГЭБ, так называемый механизм «тройного коня».

Не последнюю роль в как в остром, так и в отсроченном повреждении нервной системы играют вызываемый вирусом массивный синдром системного воспаления и специфическое поражение митохондрий. Системное увеличение медиаторов воспаления, таких как интерлейкин 6 (IL-6 interleukin 6), IL-12, IL-15 и фактора некроза опухоли альфа, называемое «цитокиновым штормом», может объяснить мультиорганное повреждение, обнаруженное у некоторых пациентов с COVID-19, а также влияние SARS-CoV-2 на ЦНС. Высвобождение большого количества провоспалительных цитокинов увеличивает проницаемость сосудов в ЦНС и вызывает нарушение свертываемости крови с образованием микротромбов, облегчая проникновение SARS-CoV-2 через ГЭБ в мозг. Результаты магнитно-резонансной томографии мозга в режиме FLAIR (Fluid attenuation inversion recovery, режим инверсии-восстановления с редукцией сигнала от свободной жидкости) у пациентов с COVID-19 с неврологическим поражением, показали изменения в медиальной височной доле, мультифокальные поражения в белом веществе головного мозга и микрокровоизлияния.

Инфекция SARS-CoV-2 приводит к повреждению органов на клеточном уровне несколькими способами. Геном РНК SARS-CoV-2 и все субгеномные РНК интегрируются в митохондриальный матрикс хозяина, что вызывает вирусно-митохондриальное взаимодействие приводящее к репликации вируса и транскриптам РНК SARS-CoV-2 в митохондриях клеток. В конечном итоге инфицированные клетки, включая нейроны, могут подвергнуться некрозу, апоптозу или дисфункции из-за окислительного стресса и притока ионов кальция на фоне нарушений функции митохондрий. Быстрая репликация вируса, прямое повреждение клеток и активация иммунной системы и медиаторов воспаления, включая цитокины, являются вероятными причинами острых симптомов COVID-19 и могут объяснять долгосрочные последствия инфекции SARS-CoV-2, в том числе в отношении всех отделов нервной системы.

В патогенезе поздних неврологических осложнений, несомненно, играют роль и ятрогенные факторы. Длительное применение стероидов в больших дозах, различных сосудистых препаратов, моноклональных антител, направленных на различные звенья воспалительного каскада, проведение длительной аппаратной дыхательной поддержки являются факторами, которые активно влияют на кровоток в головном и спинном мозге и напрямую или косвенно воздействуют на метаболизм нервных клеток. Прослеживаемая тенденция к увеличению частоты и тяжести неврологических ос-

ложнений в случаях тяжелого течения COVID-19 инфекции и у пожилых больных, свидетельствует в пользу данного предположения. Частота неврологических осложнений SARS-CoV-2 на настоящий момент точно неизвестна, но имеется тенденция к тому, что пациенты с тяжелой формой COVID-19 чаще имеют неврологические симптомы, чем пациенты с легкой формой.

Головная боль, миалгия, головокружение и утомляемость являются наиболее часто описываемыми неспецифическими симптомами long COVID. В ретроспективном исследовании 214 пациентов, поступивших с COVID-19 в больницу Уханя, у 36,4% были какие-либо неврологические проявления. В 24,8% случаев речь шла об изолированном поражении ЦНС, в 21,4% случаев поразились периферические нервы, в остальных случаях речь шла о комбинированном поражении, включая вегетативную дисфункцию. Наиболее частыми неврологическими симптомами были головокружение (17%), головная боль (13%), нарушение вкуса и обоняния (8%). Неврологические симптомы чаще встречались у пациентов с тяжелой формой COVID-19: 45,5% против 30% с легкой.

Головная боль – самый распространенный симптом у пациентов с COVID-19. В ретроспективном исследовании W.J. Guan с соавт., включающем более 1000 пациентов с COVID-19 у 139 (13,6%) отмечалась головная боль (из них 15% – тяжелых форм). Так же у 15% пациентов наблюдались миалгии, у 13,7% отмечался повышенный уровень креатинкиназы (из них у 19% ≥ 3 степени) и два случая рабдомиолиза (0,2%).

Энцефалопатия – еще один синдром, который может развиваться при COVID-19. Риск изменения психического состояния выше у пожилых пациентов, при наличии: когнитивных нарушений в анамнезе, факторов риска (гипертония, сахарного диабета с стадии суб или декомпенсации), сопутствующих заболеваний. Пациенты с предшествующим неврологическим поражением подвержены повышенному риску энцефалопатии как начального симптома COVID-19.

В острый период коронавирусной инфекции описаны единичные случаи развития энцефалитов, геморрагических инсультов, некротических энцефалопатий и демиелинизирующих синдромов по типу синдрома Гийена-Барре. Ранняя дифференциальная диагностика необходима для обеспечения правильной лечебной стратегии, поскольку эти симптомы также могут возникать у пациентов с COVID-19 с тяжелой гипоксией, обусловленной поражением легких. Опубликовано по меньшей мере два случая коронавирусного энцефалита.

Недавние исследования показали, что терапия повреждений ЦНС, базирующаяся на использовании стволовых плюрипотентных клеток взрослого типа из костного мозга, в том числе CD34+, может быть высокоэффективной при резидуальных повреждениях, возникших в результате сосудистых и травматических инцидентов. На фоне применения СК могут восстанавливаться поврежденные нервные клетки и окру-

жающие ткани, включая нейроны и глиальные клетки, что помогает обеспечить целостность пути нервной проводимости и, таким образом, восстановить нервную функцию. В то же время СК взаимодействуют с окружающими тканями, выделяя в межклеточное пространство различные нейротрофические факторы, изменяя микроокружение поврежденного участка и ускоряя рост аксонов, в то время как вставочные нейроны, дифференцирующиеся на фоне воздействия трансплантированных СК, могут вызывать разрастание аксонов с образованием новых синапсов. Терапия СК может подавлять гены, участвующие в воспалении и апоптозе, а также активировать гены с нейропротекторным действием, тем самым защищая спинномозговые нейроны от вторичного повреждения. Некоторые введенные в место повреждения СК могут дифференцироваться в глиальные клетки и способствовать миелинизации и функциональному восстановлению у пациентов с травмой спинного мозга и инсультами. Включение стволовых клеток (СК) в программы реабилитации пациентов с разнообразными повреждениями и заболеваниями ЦНС – новое, перспективное направление исследований. Возможные механизмы терапии травмы спинного мозга, базирующиеся на использовании стволовых плюрипотентных клеток взрослого типа из костного мозга (СК), в том числе СД34+, включают множество аспектов. На фоне трансплантации СК могут восстанавливаться поврежденные нервные клетки и окружающие ткани, включая нейроны и глиальные клетки, что помогает обеспечить целостность пути нервной проводимости и, таким образом, восстановить нервную функцию. Терапия СК может подавлять гены, участвующие в воспалении и апоптозе, а также активировать гены с нейропротекторным действием, тем самым защищая спинномозговые нейроны от вторичного повреждения. Введение аутоСД34+ СК будет производиться интратекально путем спинномозговой (люмбальной) пункции, выполненной в L2-L3 промежутке, под местной анестезией 1% раствора лидокаина. Доза аутоСД34+ СК определяется по содержанию СД34+ клеток и составляет не менее 1×10^6 СД34+ клеток на 1 введение. Аутологичные гемопоэтические стволовые клетки (ГСК), полученные от самого пациента, не вызывают иммунологических конфликтов, и, соответственно, не требуют проведения иммуносупрессивной терапии в отличие от донорских (аллогенных) и ксеногенных клеток. Таким образом, у больного не происходит нарушений в естественных механизмах противoinфекционного и противоопухолевого контроля. При этом, аутологичные ГСК относительно легко получить и культивировать при необходимости, а при применении данного типа клеток врачи не сталкиваются с этическими и законодательными вызовами.

Заключение. Разработка и внедрение методов лечения различных поздних неврологических осложнений, вызванных вирусом SARS-CoV-2, и реабилитация пациентов данной группы является актуальной задачей современной медицины. Учитывая ранее по-

лученные данные об эффективности применения аутологичных ГСК СД34+ для реабилитации больных с различными типами повреждения нервной системы и универсальность патофизиологических механизмов в ЦНС, можно предположить, что данное направление клеточной терапии может быть использовано для лечения «пост-COVID-19» синдрома. С целью оценки клинической эффективности реабилитационных мероприятий на фоне применения аутологичных СД34+ клеток (аутоСД34+) нами планируется проспективное, контролируемое, открытое, одноцентровое исследование, длительностью 6 мес., для взрослых пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию, с наличием в позднем периоде «постковидного» синдрома с поражением центральной и периферической нервной системы. Будет проводиться оценка скорости и полноты восстановления вегетативной, моторной и сенсорной функций, а также динамики общего состояния пациентов с применением соответствующих неврологических шкал и индексов, показателей нейрофизиологических исследований по сравнению с исторической группой пациентов с неврологическим «постковидным» синдромом, получивших сходную программу нейрореабилитации без применения аутоСД34+ (контрольная группа). Планируется проспективное, контролируемое, открытое, одноцентровое исследование, длительностью 6 мес., с включением в него пациентов в возрасте от 18 до 65 лет, перенесших коронавирусную инфекцию, вызванную SARS-CoV-2, с наличием в позднем периоде «постковидного» синдрома, ассоциированного с поражением центральной и периферической нервной системы. В исследовании планируется многократные введения аутоСД34+ СК с интервалом в 28-30 дней с проведением курсов реабилитации в интервалах между введениями.

ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

Долгополова Е.В., Соцкая Я.А.

Луганский государственный медицинский
университет им. Святителя Луки,
г. Луганск

Внегоспитальная пневмония (ВП) относится к наиболее распространенным заболеваниям респираторного тракта инфекционного генеза, заболеваемость и летальность от которой, по данным медицинской статистики, имеет тенденцию к неуклонному росту. Наш клинический опыт свидетельствует, что сочетание патологии дыхательной и гепатобилиарной систем, изме-

няет их обычное течение, способствует более тяжелым проявлениям, прогрессированию, ухудшающему качество жизни пациентов и прогноз заболевания.

Цель. Изучить клинические и биохимические показатели системного воспаления у больных внегоспитальной пневмонией на фоне хронической патологии гепатобилиарной системы.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 164 больных ВП на фоне ХПГБС в возрасте от 35 до 56 лет. Мужчин среди обследованных было 97 (59,2%), женщин – 67 (40,8%). Все больные получали общепринятое лечение: антибактериальные препараты, муколитики, нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), витамины, спазмолитики, желчегонные, гепатопротекторы, энтеросорбенты. Исследовали концентрацию С-реактивного белка (СРБ) методом радиальной иммунодиффузии. Уровень фибриногена определяли по методу Клаусса. Уровень прокальцитонина и ферритина определяли стандартными методами.

Результаты и обсуждение. У больных внегоспитальной пневмонией на фоне хронической патологией гепатобилиарной системы отмечаются субъективные и объективные данные интоксикационного, диспепсического синдромов, синдрома «правого подреберья», а также симптомы поражения бронхолегочной системы. При проведении биохимического исследования установлено повышение уровня СРБ по отношению к показателям нормы. Так содержание СРБ в крови составляло $29,18 \pm 0,79$ мг/л, что в 9,8 раза было больше нормы ($P < 0,001$). Концентрация ферритина повышалась относительно нормы в 5,1 раза и была равна $791 \pm 9,3$ нг/мл ($P < 0,001$). Уровень прокальцитонина у больных ВП на фоне ХПГБС равнялся $1,89 \pm 0,17$ нг/мл, кратность повышения составляла 37,8 раза.

Выводы. При изучении биохимических показателей системного воспаления у пациентов с ВП на фоне ХПГБС установлено существенное повышение С-реактивного белка, ферритина и прокальцитонина.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ

Дорогова Э.А., Селиванов Ф.О., Летаева М.В.

Кемеровский государственный
медицинский университет,
г. Кемерово

Цель исследования. Оценить распространенность факторов сердечно-сосудистого риска у больных с ГУ.

Материалы и методы. Выполнен анализ амбулаторных карт 51 пациента с подтвержденной ГУ. Под ГУ понимали зафиксированное ≥ 1 раз повышение

уровня МК сыворотки крови > 360 мкмоль/л. Средний возраст пациентов составил $58,8 \pm 6,5$ лет. У женщин $60,3 \pm 16,0$ лет, у мужчин $58,4 \pm 13,0$ лет. Всем пациентам определяли уровень общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеинов высокой и низкой плотности в сыворотке крови, уровень глюкозы в крови натощак. Расчет СКФ производился по формуле СКД-ЕРІ. Всем пациентам рассчитывали ИМТ. У всех пациентов был проведен анализ мультиморбидной патологии. Влияние сопутствующей патологии на отдаленный прогноз оценивалось с помощью индекса коморбидности Charlson.

Результаты и обсуждение. Установлено, что средний уровень мочевой кислоты у пациентов с ГУ составил $439,5 \pm 122,3$ мкмоль/л, у мужчин – $466,3 \pm 113,3$ мкмоль/л, у женщин – $384,2 \pm 154,6$ мкмоль/л. При оценке ИМТ выявлено, что у 38 (74,5%) пациентов масса тела избыточна. Средний показатель ИМТ составил $31,0 \pm 6,5$ кг/м². Дислипидемия обнаружена у 29 (65,9%) пациентов с ГУ: гиперхолестеринемия – у 21 (41,2%) пациента, повышенный уровень холестерина ЛПНП – у 8 (15,7%) пациентов, гипертриглицеридемия – у 9 (17,7%) пациентов, уменьшение концентрации холестерина ЛПВП – у 7 (13,7%) пациентов. Средний уровень коэффициента атерогенности составил $3,7 \pm 1,8$, триглицеридов $1,9 \pm 1,0$ ммоль/л, общего холестерина $5,7 \pm 1,2$ ммоль/л. При оценке уровня глюкозы гипергликемия выявлена у 16 (31,7%) пациентов. Средний уровень глюкозы – $5,6 \pm 0,9$ ммоль/л. При исследовании функции почек установлено, что у 14 (27,5%) пациентов СКФ ниже 90 мл/мин/1,72 м². Средний уровень СКФ составил $78,2 \pm 22,0$ мл/мин/1,72 м². Установлено, что индекс Charlson составил 1–2 балла у 16 (31,4%) пациентов, 3–4 балла – у 14 (27,5%), ≥ 5 баллов – у 13 (25,5%), что свидетельствует о 26%, 52% и 85% вероятности наступления смерти в ближайшие 10 лет соответственно (при отсутствии мультиморбидности – 12%).

При оценке коморбидной патологии у пациентов с ГУ наиболее часто отмечались следующие коморбидные состояния: хронические заболевания имели 37 (72,6%) пациентов, из них гипертоническая болезнь была выявлена у 36 (70,6%) человек, 11 (21,6%), пациентов имели в анамнезе инфаркт миокарда, хроническая сердечная недостаточность – у 8 (15,7%), 8 (15,7%) пациентов в прошлом перенесли инсульт, фибрилляция предсердий была диагностирована у 3 (5,8%) пациентов.

Выводы. Таким образом, установлено, что у пациентов с ГУ наиболее часто выявлена избыточная масса тела (у 38 (74,5%) пациентов), гипертоническая болезнь (у 36 (70,6%) пациентов), гиперхолестеринемия (у 21 (41,18%) пациента). Полученные данные подтверждают необходимость дальнейших исследований в этой области, что позволит не только расширить представление об этиопатогенезе данных процессов, но и создать возможности общего подхода к профилактике и лечению данной категории больных.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МАРКЕРОВ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Дробышева Е.С., Овсянников Е.С.,
Дробышева В.Р.

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

Цель. Изучить клинико-лабораторные, инструментальные показатели повреждения печени и их прогностическое значение у пациентов с сахарным диабетом второго типа (СД2).

Материалы и методы. В исследовании было сформировано две группы пациентов. В первую вошли 54 человека с СД2 (30 женщин, 24 мужчины), средний возраст составил $72 \pm 2,4$ года. Стаж сахарного диабета от 6 до 12 лет. Контрольную группу составили 26 человек (21 женщина, 15 мужчин), средний возраст $68 \pm 1,6$ года без нарушений углеводного обмена. Проводили оценку индекса массы тела (ИМТ), биохимических показателей, отражающих функциональное состояние печени (АЛТ, АСТ, ЩФ, общий билирубин, протромбин, протеинограмма, коагулограмма), ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Критериями исключения были вирусные и алкогольные повреждения печени, впервые выявленный СД. Статистический анализ полученных данных был выполнен с помощью программы SPSS 10,0.

Результаты. Статистический анализ позволил выявить значимые различия показателей. Так в 1 группе ожирение диагностировано у 36 человек (66,6%), избыточная масса тела – у 15 (27,7%), в группе контроля – ожирение отмечено у 2 пациентов (10%), избыточная масса тела у 6 человек (30%) ($p \leq 0,05$).

В группе наблюдения регистрировалось повышение уровня АЛТ у 9 человек (16,6%), АСТ у 8 пациентов (14,8%), в группе контроля повышенные уровни АЛТ отмечены у 11% пациентов, АСТ в 8% случаев ($p \leq 0,05$). При оценке липидного профиля в группе СД2 повышение общего холестерина выявлено у 33% больных, гипертриглицеридемия у 26% обследованных. В контрольной группе гиперхолестеринемия выявлена в 18%, гипертриглицеридемия – в 8% случаев ($p = 0,028$; $p = 0,036$ соответственно). По заключению УЗ-исследования брюшной полости признаки стеатоза выявлены в 35% случаев (13 человек) в 1 группе и в 25% в группе контроля (5 пациентов) ($p = 0,028$). При этом косвенные признаки нарушений структуры печени (гепатомегалия, повышение эхогенности ткани) отмечены в обеих группах.

Выводы. Сочетание лабораторных и инструментальных маркеров повреждения печени у пациентов с сахарным диабетом второго типа и ожирением, может

свидетельствовать о более выраженном процессе жировой дистрофии и иметь прогностическое значение.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИСФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Дробышева Е.С., Овсянников Е.С.,
Дробышева В.Р.

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

Цель. Проанализировать эффективность контролируемых мероприятий по коррекции амиодарон-ассоциированных тиреопатий у женщин с персистирующей фибрилляцией предсердий.

Материалы и методы. Работа основана на результатах обследования 69 женщин в возрасте от 50 до 74 лет, страдающих ИБС, персистирующей фибрилляцией предсердий, получающих амиодарон для поддержания синусового ритма не менее трех месяцев. Всем пациентам было проведено общеклиническое обследование, оценка структурно – функционального состояния щитовидной железы (пальпация, УЗИ щитовидной железы, определение уровня ТТГ, общих и свободных фракций тироксина и трийодтиронина методом непрямого иммуноферментного анализа, антител к ТГ и ТПО). Все пациенты были разделены на две группы: основную группу составили 34 женщины с исходной патологией щитовидной железы, не имеющие нарушения тиреоидного статуса до назначения амиодарона; контрольную составили 35 женщин, без каких-либо нарушений функции щитовидной железы. Статистический анализ полученных данных в ходе исследования был выполнен с помощью программы SPSS 10,0. Полученные результаты считались статистически значимыми при уровне $p < 0,05$. Результаты и их обсуждение. При изучении структуры, амиодарон-ассоциированных тиреопатий в зависимости от первоначального поражения щитовидной железы, установлено, что средний уровень ТТГ, при возникновении субклинического гипотиреоза составил $6,9 \pm 2,6$ мкМЕ/мл; св.Т4 $19,2 \pm 5,2$ пМоль/л, при манифестных формах гипотиреоза средний уровень ТТГ определялся в пределах $18,5 \pm 7,9$ мкМЕ/мл; св.Т4 $3,74 \pm 2,25$ пМоль/л. В подгруппе пациентов с гиперфункцией щитовидной железы средний уровень тиреоидных гормонов различался в зависимости от клинической формы тиреотоксикоза и при субклиническом варианте уровень ТТГ составлял

0,095±0,05 мкМЕ/мл, св. Т4-12 пМоль/л. Манифестная форма тиреотоксикоза была выявлена у одного пациента уровень ТТГ составил 0,01 мкМЕ/мл, Т4-54 пМоль/л. У женщин контрольной группы возникновение гипотиреоза регистрировалось у 4 пациентов в 16% случаев. При субклиническом гипотиреозе средний уровень гормонов составил: ТТГ-8,8±4,9 мкМЕ/мл, св.Т4 -5,057±3,78 пМоль/л, при манифестной форме, выявленной у 1 пациентки уровень ТТГ регистрировался в пределах 13,8 мкМЕ/мл, св.Т4-8 пМоль/л. На долю амиодарон-ассоциированного тиреотоксикоза во второй (контрольной) группе пришлось 3 случаев, что составило 12,5%, При субклиническом тиреотоксикозе средний уровень гормонов составлял: ТТГ-0,115±0,085 мкМЕ/мл, св.Т4-16,85±4,85 пМоль/л. Пациенты с манифестным тиреотоксикозом имели средние показатели тиреоидного статуса: ТТГ-0,025±0,015 мкМЕ/мл, св.Т4-35,3±7,0 пМоль/л.

Выводы. Наиболее частыми нарушениями функции щитовидной железы, при длительном приеме амиодарона у женщин с фибрилляцией предсердий, являются субклинические формы. Сопутствующая патология щитовидной железы увеличивает риск возникновения дисфункции на фоне приема амиодарона. Для прогнозирования возможных осложнений со стороны щитовидной железы, пациентам которым планируется поддерживающая терапия, необходимо динамическое наблюдение у эндокринолога в амбулаторных условиях.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФАГОЦИТАРНОЙ АКТИВНОСТИ МАКРОФАГОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С, СОЧЕТАННЫМ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Дубоделова Т.Н., Шаповалова И.А.
Луганский государственный медицинский
университет им. Святителя Луки,
г. Луганск

В последнее время внимание большого числа исследователей привлекает ассоциация заболеваний гепатобилиарной системы, в том числе хронического вирусного гепатита С (ХВГС) и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

Цель работы. Изучение показателей фагоцитарной активности макрофагов (ФАМ) у больных хроническим вирусным гепатитом С, сочетанным с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 62 больных ХВГС, в сочетании с ГЭРБ, в возрасте от 18 до 59 лет. Муж-

чин среди обследованных было 34 (54,8%), а женщин 28 (45,2%). Диагноз ХВГС был выставлен на основе анамнестических, эпидемиологических, клинических и биохимических данных, результатов УЗИ брюшной полости с обязательным подтверждением с помощью методов ИФА, ПЦР качественного и количественного, а также генотипирование вируса ХВГС. Наблюдаемые были распределены на две группы по 31 чел., рандомизированные по возрасту, полу и выраженности хронического патологического процесса в печени. Осуществляли исследование ФАМ чашечным методом. Подсчитывали следующие показатели ФАМ: фагоцитарное число (ФЧ), фагоцитарный индекс (ФИ), индекс аттракции (ИА) и индекс переваривания (ИП).

Результаты и обсуждение. При этом, в наше исследование были включены пациенты с различными генотипами (1b – 59,7 %, 2 – 25,8%, 3a/b – 14,5%) и уровнем виремии (минимальная – 21%, умеренная – 61,3 %, высокая – 17,7%). У 49 наблюдаемых (79%) выявлен цитолитический синдром (минимальная активность у 69,4%, умеренная – 18,4%, высокая – 12,2%), а у 12 (19,4%) – холестагический синдром. Среди обследованных больных фибротест показал стадию фиброза F1 – 30,6%, F2 – 54,8%, F – 9,7%, F – 4,8%. По данным УЗИ органов брюшной полости у обследованных больных установлено увеличение размера печени и селезенки, усиление эхогенности, расширение внутрипеченочных желчных протоков. Эндоскопическая картина рефлюкс-эзофагита при эзофагогастродуоденоскопии (ЭФГДС) наблюдалась у всех больных с разной выраженностью – от простого катарального эзофагита нижней части пищевода до эрозивного поражения двух и более складок слизистой оболочки, но в общем занимающих меньше 75 % окружности пищевода. При оценке состояния ФАМ у больных ХВГС, сочетанным с ГЭРБ, выявлены существенные нарушения со стороны системы МФС, которые проявлялись снижением индексов ФАМ. ИП был меньше нормы в среднем в 2,02 раза (P<0,01) и составил 12,4±0,8% при норме 25,0±1,6%. ФИ был ниже нормы в среднем в 1,87 раза (P<0,01), составив 14,2±1,1% при норме 26,5±2,0%. ФЧ у пациентов снижалось до 2,3±0,1 ниже нормы в 1,73 раза (P<0,01). ИА был снижен в 1,31 раза, составив 11,2±0,6% (P<0,05) при норме 14,7±0,3%.

Выводы. У больных ХВГС, сочетанным с ГЭРБ, отмечается существенное угнетение состояния макрофагальной фагоцитирующей системы, характеризующееся падением фагоцитарной активности моноцитов/макрофагов, особенно индекса переваривания.



ГИПОАЛЬБУМИНЕМИЯ И СИСТЕМНЫЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ОТВЕТ ПРИ ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ АЛКОГОЛЬНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Дуданова О.П.^{1,2}, Лебедева Э.В.²,
Малинина Е.А.¹

¹Петрозаводский государственный университет,
²Республиканская больница скорой и экстренной
медицинской помощи,
г. Петрозаводск

Цель исследования. Оценка роли гипоальбуминемии в развитии системного воспалительного ответа и органной недостаточности при острой декомпенсации алкогольного цирроза печени (АЦП).

Материалы и методы. Обследовано 67 пациентов с острой декомпенсацией АЦП: мужчин – 37 (55,2%), женщин – 30 (44,8%) в возрасте 50,51±9,12 года. Из исследования были исключены лица с бактериальными, вирусными инфекциями, эзофагеальным и гастродуоденальным кровотечениями. Оценивались традиционные печеночные тесты, маркеры системного воспаления – С-реактивный протеин (СРП), число лейкоцитов, нейтрофилов. Органная недостаточность и острая хроническая печеночная недостаточность определялись с использованием шкалы CLIF-C-OF (Chronic liver failure-Consortium-Organ failure), CLIF-C-ACLF (Chronic liver failure-Consortium-Acute on chronic liver failure).

Были сформированы 2 группы пациентов со значительной разницей в уровне сывороточного альбумина: 1-я (n=32) – с уровнем альбумина ≥ 32 г/л и 2-я группа (n=35) с уровнем альбумина $\leq 22,0$ г/л. Группы были сопоставимы по гендерному и возрастному составу: в 1-ой группе мужчин было 18 (56,3%), женщин – 14 (43,8%), средний возраст 53,25 ± 8,99 года, во 2-ой группе мужчин было 19 (54,3%), женщин – 16 (45,7%), средний возраст составил 49,38±10,0 года.

Статистическая обработка данных осуществлялась с применением методов Манна-Уитни, хи-квадрата. За статистически значимое принималось $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. У пациентов 1-ой группы были достоверно ниже следующие показатели: АСТ – 69,45 ± 54,21 Ед/л против 104,01 ± 62,27 Ед/л во второй группе, билирубин – 99,7±53,72 мкмоль/л против 152,97±64,2 мкмоль /л, креатинин – 62,18±35,38 мкмоль/л против 96,59±42,31 мкмоль/л, СРП – 45,43±21,2 мг/л против 59,65±19,07 мг/л, число лейкоцитов – 8,96±3,5х10⁹/л против 11,5±4,45х10⁹/л, нейтрофилов – 5,86±2,1х10⁹/л про-

тив 8,35±3,9х10⁹/л соответственно. У пациентов 1-ой группы отмечался более высокий уровень холестерина, глюкозы, натрия и более низкий уровень МНО, чем таковые показатели у пациентов 2-ой группы, но разница была недостоверной. Среди пациентов 1-ой группы реже, чем во 2-ой группе выявлялись органные недостаточности: коагуляционная у 4 (12,5%), печеночная – у 4 (12,5%), почечная – у 3 (9,4%) и церебральная дисфункция (энцефалопатия 1-2 степени) – у 8 (25,0%), церебральной недостаточности (энцефалопатии 3-4) не было. Во 2-ой группе коагуляционная недостаточность выявлялась у 11 (31,4%) ($p < 0,05$) пациентов, печеночная – у 9 (25,7%) ($p < 0,05$), почечная – у 5 (14,3%) ($p > 0,05$), церебральная дисфункция – у 15 (42,9%) ($p < 0,05$), церебральная недостаточность – у 2 (5,7%). Острая хроническая печеночная недостаточность диагностирована у 3 (9,4%) пациентов 1-ой группы и 11 (31,4%) ($p < 0,05$) пациентов 2-ой группы.

Известно, что альбумин выполняет несколько функций при циррозе печени: помимо того, что он поддерживает онкотическое давление и осуществляет транспорт различных соединений, он оказывает противовоспалительное и антиоксидантное действие. При дефиците альбумина у пациентов декомпенсированным АЦП резко увеличивается проницаемость кишечного барьера, и бактерии/их структурные компоненты, так называемые патогенассоциированные паттерны, с портальным кровотоком попадают в печень и системную циркуляцию, распознаются купферовскими клетками и другими иммунными клетками и инициируют системный воспалительный ответ. Окислительный стресс в гепатоцитах, запускаемый продуктами метаболизма этанола, приводит к повреждению гепатоцитов, избыточному образованию damage-ассоциированных паттернов, которые также активируют иммунные клетки, вызывая сепсисоподобное воспаление, развитие печеночной и внепеченочной органной недостаточности. Как показали многочисленные исследования, трансфузия альбумина позволяет снизить воспалительный и окислительный стресс при АЦП.

Нами выявлено у пациентов декомпенсированным АЦП при низком содержании в крови альбумина (менее 22 г/л) достоверно более значительный рост маркеров гепатоцитарного некроза, системного воспаления, полиорганной дисфункции и недостаточности, чем у пациентов с умеренно сниженным уровнем альбумина (более 32 г/л). Данный факт подтверждал противовоспалительное и антиоксидантное действие альбумина, сдерживающее прогрессирование полиорганной недостаточности у пациентов 1-ой группы.

Выводы. Гипоальбуминемия способствовала развитию системного воспаления и полиорганной недостаточности при острой декомпенсации алкогольного цирроза печени.

АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЖЕНЩИН, РАБОТАЮЩИХ В СУДОСТРОИТЕЛЬНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Дыбина Н.В., Колобова Н.А.
Центральная медико-санитарная часть №58,
г. Северодвинск

Цель исследования. Проанализировать структуру первичной гинекологической заболеваемости женщин, работающих в судостроительной промышленности, и ее динамику за 2021-2023 гг.

Материалы и методы. Исследование было проведено в г. Северодвинск в январе 2024 года. Материалом для исследования послужили формы федерального статистического наблюдения №12 за 2021-2023 гг., и содержащие сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у женщин, проживающих в районе обслуживания медико-санитарной части №2 ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть №58» ФМБА России (МСЧ №2). Основной частью прикрепленного контингента являются женщины, работающие в АО «Центр судоремонта «Звездочка» г. Северодвинск. Для анализа отбирались случаи среди женщин, работающих в судостроительной промышленности. Объем анализируемой совокупности составил 3774 человека.

Данные были представлены в виде качественных и количественных переменных. Для количественных данных производился расчет простой средней арифметической, 95% доверительного интервала (95% ДИ). Структура анализировалась путем расчета относительных показателей. Статистическая обработка данных производилась с помощью пакета программ IBM SPSS ver.25, Excell 2016.

Результаты и обсуждение. Распределение анализируемого женского контингента по возрастным группам составило: 18-25 лет 2,43%, 26-35 лет – 19,53%, 36-59 лет – 63,65%, 60 лет и старше – 14,39%. Минимальный возраст составлял 18 лет, максимальный – 92 года. У трети прикрепленного контингента (29,99%, n=1132) работа была связана с вредными условиями производства.

В 2021 году пятую часть всех первичных обращений составили нарушения менструального цикла (21,88%) и полипы (20,91%). Десятую долю составили воспалительные заболевания органов малого таза (10,34%) и кисты яичников (9,62%). Долю более 5% составили пролапс гениталий (6,01%), климактерические расстройства (5,29%) и заболевания молочной железы (5,05%). Доброкачественные заболевания шейки матки составили 4,09%, дисплазии – 3,37%, гиперплазии – 2,88%, аднекситы – 2,64%, миома матки – 2,40%. Другая патология составила менее 2%.

В 2022 году ведущей патологией также оставались нарушения менструального цикла (13,90%), полипы (13,08%) и кисты яичников (10,90%). Заболевания молочной железы и воспалительные заболевания органов малого таза составили по 7,08% соответственно. Пролапс гениталий составил 6,81%, кистомы – 6,27%, миомы – 5,99%, гиперплазии – 5,99% и климактерические расстройства – 5,72%. Долю менее 5% составили эндокринные нарушения – 4,90%, бесплодие – 3,27%, вагиниты – 3,00%. Остальные заболевания составили долю менее 2%.

В 2023 году ведущей патологией стали полипы (19,86%). Кисты яичников составили 13,00%, нарушения менструального цикла – 12,27%, воспалительные заболевания – 9,75%. Доля первичной заболеваемости миомами составила 7,94%, пролапсом гениталий – 6,86%, цервицитами – 6,50%. Долю менее 5% составили кистомы (3,97%), эндокринные нарушения (3,97%), эндометриоз (2,89%) и бесплодие (2,89%). Остальные заболевания составляли долю менее 2%.

Выводы. Пандемия новой коронавирусной инфекции повлияла на структуру первичной заболеваемости женщин, работающих в судостроении, что проявилось в росте первичной заболеваемости нарушениями менструального цикла. За отчетный период в структуре первичной заболеваемости наблюдается рост доли кист яичников, миомы матки и эндометриоза. При этом отмечается снижение актуальности заболеваний, сопровождающихся нарушением менструального цикла и аднекситов.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ВНУТРИГОСПИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ТАКОЦУБО

Евдокимов Д.С., Реснянская Е.Д., Болдуева С.А.
СЗГМУ им. И. И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель работы. На основании клинических и лабораторно-инструментальных данных построить модели прогноза риска развития внутригоспитальных осложнений у пациентов с синдромом такоцубо (СТ) в остром периоде заболевания.

Материалы и методы. В исследование было включено 60 пациентов с СТ, средний возраст $65,5 \pm 13,4$ лет, из них 55 человек (91,7%) женского пола. В остром периоде (7-14 дней) выполнялось стандартное клинико-лабораторное обследование; проводились специальные методы исследования до и после ментального стресса (периферическая артериальная тонометрия на аппарате EndoPAT 2000, кардиоритмография) и психологическое тестирование при помощи валидизированных опросников.

Результаты. В остром периоде СТ были отмечены следующие осложнения: острая сердечная недостаточность (ОСН) (отек легких и кардиогенный шок (КШ)) (43,3%), митральная регургитация 3-4 ст. (25%), синкопальное состояние/гипотензия (18,3%), остановка кровообращения (ОК) (6,7%), фибрилляция предсердий (ФП) (6,7%), обструкция выходного тракта левого желудочка (6,7%). На основе логистического регрессионного анализа была построена модель, позволяющая оценить риск развития ОСН (отек легких, КШ) по комплексу прогностически значимых параметров. Отношение правдоподобия модели составило 26,0 ($p < 0,0001$), пороговое значение $Y_2 = 2,72$; чувствительность модели – 90,9%; специфичность – 85,2%; $OR = 34,5$. При построении интегральной модели прогноза методом классификационных деревьев риска ОСН (отек легких и КШ) ведущими прогностическими параметрами оказались фракция выброса левого желудочка при поступлении, удлинение интервала QTc, факт приема β -блокаторов до развития СТ, наличие в анамнезе ФП, нарушение эутиреоидного статуса (гипо- или гипертиреоз). Чувствительность полученной модели составила 72,7%, специфичность – 97,4%. Общий процент верно предсказанных наблюдений составил 88,3%. При построении модели прогноза развития ОК у пациентов СТ в первые 2 недели госпитализации, прогностическая значимость наблюдалась только у показателя абсолютного числа нейтрофилов. При значении нейтрофилов выше $14,3 \times 10^9/\text{л}$ вероятность ОК может достигать 100%. Чувствительность полученной модели составила 42,9%, специфичность – 100%. Общий процент верно предсказанных наблюдений составил 86,7%. При построении интегральной модели прогноза развития сердечно-сосудистых осложнений значимы были следующие факторы: уровень лейкоцитов в периферической крови, факт приема β -блокаторов до возникновения СТ, наличия ФП в анамнезе, уровень гемоглобина, продолжительность QTc при поступлении в стационар. Чувствительность полученной модели составила 92,6%, специфичность – 97,0%. Общий процент верно предсказанных наблюдений составил 95,0%.

Заключение. Констатация прогностических факторов, которые позволяют стратифицировать риск развития внутригоспитальных осложнений, дает возможность проводить своевременную их коррекцию и оптимизировать тактику лечения.



ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ТАКОЦУБО В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АНАТОМИЧЕСКОГО ВАРИАНТА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Евдокимов Д.С., Реснянская Е.Д., Болдуева С.А.
СЗГМУ им. И. И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Выявить особенности ЭКГ у пациентов с СТ при поступлении в стационар.

Материалы и методы. СТ был верифицирован на основании лабораторно-инструментальных данных, согласно последним клиническим рекомендациям 2018 года у 60 пациентов (средний возраст – $65,5 \pm 13,4$ лет). Выполнено ретроспективное исследование данных ЭКГ больных СТ при поступлении. Распределение больных по анатомическому варианту СТ было следующим: апикальный тип – 56 (93,4%) человек, среднежелудочковый – 2 (3,3%) человека, базальный – 2 (3,3%) человека.

Результаты. Нормальная ЭКГ при поступлении была только у 4 (6,7%) пациентов. Синусовый ритм был при поступлении у 58 (96,7%) пациентов, у остальных была фибрилляция предсердий. Элевация сегмента ST была зарегистрирована у 35 (58,3%) пациентов. Чаще всего подъем сегмента ST при апикальном варианте СТ наблюдался в отведениях V2-V6, тогда как при среднежелудочковом с явным преимуществом отмечался в отведении V3, а в единственном случае с базальным типом СТ элевация сегмента ST была во всех отведениях, кроме III, aVF, aVR. Депрессия сегмента ST встречалась всего у 2 пациентов с апикальным вариантом СТ и у 1 больного с базальным вариантом в отведениях V3-V6. В одном случае при апикальном варианте заболевания депрессия сегмента ST наблюдалась и в других отведениях, за исключением aVR. Что касается отрицательных зубцов T, в анализируемой нами группе больных они наблюдались только при апикальном варианте СТ и преимущественно в грудных отведениях (V4-V6). Отрицательные зубцы T встречались только при апикальном варианте СТ, в 35,7% случаев. Значения QTc > 500 мс считаются патологическими, имеющими высокий аритмогенный потенциал, как для мужчин, так и для женщин. В анализируемой группе больных при поступлении у 24 (40%) человек наблюдалось удлинение интервала QTc, при этом у 11 (18,3%) из них его продолжительность составила > 500 мс. Патологический зубец Q был выявлен только у 1 пациента при поступлении.

Выводы. Согласно полученным нами данным, у пациентов с СТ в острый период заболевания чаще всего на ЭКГ встречались такие изменения, как удлинение интервала QTc и наличие глубокого отрицательного зубца T преимущественно в отведениях V4-V6.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРА ОБУЧЕНИЯ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДОЛГОСРОЧНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В УСЛОВИЯХ АСТМА ШКОЛЫ

Евтюшкина С.Н., Собченко С.А.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

К настоящему времени имеется зарубежные и отечественные данные лечения с фактором обучения пациентов БА. Эффективность таких программ систематически изучается и всесторонне оценивается.

Цель. Оценка эффективности долгосрочного лечения пациентов с бронхиальной астмой, в терапевтический комплекс которых включено обучение.

Материал и методы исследования. Было проведено проспективное когортное исследование 76 пациентов с неконтролируемой астмой (51 женщина, 25 мужчин). Из них в основную группу вошли 36 пациентов (средний возраст – 52,6±2,5 лет), согласившихся на лечение в условиях астма-школы. Группу сравнения составили 40 пациентов (средний возраст 49,8±2,3 лет), которые отказались от лечения с обучением и в дальнейшем получали лечение в условиях поликлиник (наблюдались участковыми терапевтами и пульмонологами по месту жительства). По демографическим, клинико-anamnestическим данным исследуемые группы были сопоставимы и не имели отличий по полу, возрасту пациентов на момент обследования, возрасту начала заболевания и длительности течения БА (средняя продолжительность заболевания в основной группе 22,4±1,9 лет, а у сравнительной – 22,1±2,4 лет).

Для определения эффективности лечебно-образовательного подхода всем 76 пациентам было проведено динамическое (на момент включения их в исследование и через 1,5 лет наблюдения) комплексное клиническое, функциональное обследование (спирометрия с бронхолитической пробой, пикфлоуметрия), а также оценка медицинских параметров, характеризующих течение заболевания, таких как количество обострений БА, обращения к ресурсам здравоохранения. У обследуемых групп пациентов с бронхиальной астмой на протяжении полутора лет долгосрочного наблюдения применялась однотипная медикаментозная терапия, где объем базисной терапии ГКС определялся степенью тяжести заболевания, согласно рекомендациям GINA. Однако подходы к организации длительного лечения бронхиальной астмой у пациентов основной и сравнительной групп имели различия. Индивидуальный терапевтический курс в условиях «Астма-школы» являлся основополагающим в лечении больных БА. Он включал в себя шесть занятий-приемов, которые проводились в течение полутора месяцев, а затем проводились групповые приемы.

Результаты и обсуждение. К началу исследования все пациенты имели неконтролируемую астму, согласно критериям GINA. На заключительном этапе исследования (через 1,5 года) наблюдалось достоверное различие в структуре уровней контроля анализируемых групп: 67% (n=24) пациентов основной группы имели контролируемое и 33% (n=12) – частично контролируемое течение БА. Обращает внимание, что случаев неконтролируемого течения в этой группе не наблюдалось. У пациентов группы сравнения: в 52% случаев (n=21) регистрировалось неконтролируемое течение, у 38% пациентов (n=15) – частично контролируемая БА и только 10% больных (n=4) достигли контроля над заболеванием. Выявлена сильная прямая корреляционная связь между фактором обучения с уровнем контроля БА ($r=0,92$, $p<0,05$).

Анализ анамнестических данных и использования ресурсов здравоохранения за 1,5 года наблюдения у пациентов основной группы показал сокращение частоты обострений в 2,1 раза (в основной группе – 1,7±0,1, в сравнительной группе – 3,5±0,3 на одного пациента, $p<0,05$), обращений за неотложной помощью в 45 раз (0,1±0,1 и 4,5±1,5 соответственно, $p<0,05$) и потребности в госпитализации в 14 раз (0,1±0,0 и 1,4±0,2 соответственно, $p<0,05$), а также отсутствие необходимости в интенсивной терапии (0,0±0,0 и 0,3±0,1 соответственно, $p<0,05$), что достоверно отличало их от пациентов сравнительной группы.

Выводы. Таким образом, данное исследование показало, что долгосрочное лечение с применением образовательных программ позволило пациентам основной группы существенно увеличить уровень контроля астмы (2/3 обследуемых достигли контроля БА) по сравнению с пациентами, наблюдавшимися у врачей в амбулаторной сети, что подчеркивает эффективность лечебно-образовательного подхода. Знания, навыки и умения пациентов, приобретенные в астма-школе, позволяют мониторировать контроль БА, своевременно проводить адекватную коррекцию терапии и тем самым, обеспечивать профилактику тяжелых обострений и снижает количество обращений к ресурсам здравоохранения.

ВЛИЯНИЯ ОБУЧЕНИЯ, ВВЕДЕННОГО В ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ПРИ ДОЛГОСРОЧНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ БА В УСЛОВИЯХ АСТМА ШКОЛЫ, НА ИХ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Евтюшкина С.Н., Собченко С.А.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

В последнее десятилетие XX века интерес к изучению качества жизни (КЖ) пациентов с бронхиальной астмой (БА) в мировой практике значительно вырос. Показатели КЖ больных с БА являются одним

из важнейших критериев оценки эффективности проводимого лечения.

Цель исследования. Изучить показатели качества жизни (КЖ) пациентов с бронхиальной астмой (БА) в процессе долгосрочного лечения с обучением в условиях астма школы.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели было проведено динамическое изучение качества жизни. Динамическому опросу подлежали две группы респондентов общей численностью 76 человек, которые включали в себя основную группу – 36 пациентов (26 женщин, 10 мужчин; средний возраст $52,6 \pm 2,5$ года), согласившихся на лечение в условиях астма школы, и группу сравнения – 40 больных БА (25 женщин, 15 мужчин; средний возраст $49,8 \pm 2,3$ лет), кто не проходил обучения при долгосрочном лечении и наблюдались участковыми терапевтами и пульмонологами по месту жительства. Первое анкетирование пациентов проводилось при включении их в исследование и через 1,5 лет наблюдения. У обследуемых групп пациентов с бронхиальной астмой на протяжении полутора лет долгосрочного наблюдения применялась однотипная медикаментозная терапия, где объем базисной терапии ГКС определялся степенью тяжести заболевания, согласно рекомендациям GINA. Однако подходы к организации длительного лечения бронхиальной астмой у пациентов основной и сравнительной групп имели различия. Индивидуальный терапевтический курс в условиях «Астма-школы» являлся основополагающим в лечении больных БА. Он включал в себя шесть занятий-приемов, которые проводились в течение полутора месяцев, а затем проводились групповые приемы.

Исследование качества жизни проводилось с использованием валидного, адаптированного к российским условиям «Респираторного опросника больницы Святого Георгия» («Saint George Respiratory Questionnaire hospital» – SGRQ). В опроснике имеются 76 критериев качества жизни, которые объединены в четыре специальные структурные характеристики (шкалы): «Симптомы», «Ограничение активности», «Влияние» и «Общее качество жизни». Эти характеристики оценивались по 100-балльной шкале (чем выше значение показателя, тем сильнее влияние болезни), что позволило представить количественную оценку качественных признаков. Опросник заполнялся пациентами самостоятельно или с элементами интервью.

Результаты и обсуждение. Оценка КЖ у обследуемых пациентов с помощью вопросника SGRQ в начале наблюдения выявила высокие показатели всех шкал опросника, что свидетельствует о низком уровне КЖ в обеих изучаемых группах, интегральный показатель «Общее качество жизни» пациентов основной группы составил $54,8 \pm 2,7$ балла и сравнительной – $47,3 \pm 2,8$ балла, $p > 0,05$. Отмечено, что при включении в исследование были найдены достоверные групповые различия только в показателях шкалы «Влияние» ($47,2 \pm 3,0$ баллов против $38,6 \pm 2,8$ баллов соответственно, $p < 0,05$). Поскольку эта шкала отражает не только влияние болезни на повседневную жизнь пациента, со-

циальное функционирование, но и оценку пациентом собственного лечения, то более высокие показатели этой шкалы у пациентов основной группы в определенной мере могут объяснить их желание наблюдаться в условиях астма-школы.

При сравнительном межгрупповом анализе данных КЖ повторного исследования п через 1,5 года выявлены достоверные различия между показателями респондентов исследуемых групп по всем шкалам опросника.

Показатель шкалы «Симптомы» у пациентов основной группы составил $51,6 \pm 3,3$ балла против этого показателя сравнительной группы $64,4 \pm 3,5$ балла; «Активность» $31,9 \pm 3,1$ против $44,2 \pm 3,2$ балла; «Влияние» $18,4 \pm 1,8$ против $34,4 \pm 3,1$ балла и «Общее качество жизни» пациентов – $28,0 \pm 1,9$ балла и сравнительной – $42,4 \pm 2,8$ балла, соответственно, $p < 0,05$ во всех случаях.

Выявлены обратные корреляционные взаимосвязи между показателями шкал опросника КЖ и фактором обучения, введенного в терапевтический комплекс (с «Общим показателем» $r = -0,42$, $p < 0,05$). Из всех шкал опросника SGRQ наиболее сильная связь ($r = -0,44$, $p < 0,05$) обнаружена между фактором обучения и показателем шкалы «Влияние», что позволяет говорить о том, что у обученных пациентов болезнь меньше ограничивает повседневную деятельность, социальное функционирование, и тем выше они оценивают свое КЖ в целом.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что образованные пациенты (основная группа), овладевшие навыками самоведения своей астмы, легче переносят свое заболевание, чем пациенты сравнительной группы, получающие современное медикаментозное лечение без обучения. Показатели КЖ этой группы существенно не изменились по сравнению с исходными, хотя и отмечалась тенденция к их снижению. Эти данные свидетельствуют, что среди обученных пациентов с БА резко повышается уровень медико-социальной активности, уменьшается число и объем функциональных ограничений профессиональной и бытовой деятельности.

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ АНТИТЕЛ К ЦЕРУЛОПЛАЗМИНУ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С АКТИВНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Емельянова О.И.¹, Русанова О.А.¹, Спицина С.С.^{1,2}, Трофименко А.С.¹, Емельянов Н.И.^{1,2}
¹НИИ клинической и экспериментальной ревматологии им. А.Б. Зборовского,
²Волгоградский государственный медицинский университет,
г. Волгоград

Антителообразование к церулоплазмину (ЦП) при ревматоидном артрите (РА) представляет собой

малоизученную проблему. Выбор этого медьсодержащего альфа 2 – гликопротеида плазмы крови, обладающего мультферментными свойствами в качестве объекта исследования не случаен. ЦП является одним из основных внеклеточных ферментов-антиоксидантов, он играет важную роль в патогенезе ревматических заболеваний, в том числе и РА.

Цель исследования. Выявить взаимосвязь между уровнем АТ к ЦП и активностью заболевания у больных ревматоидным артритом.

Материалы и методы. Исследовалась сыворотка 30 доноров, 68 больных ревматоидным артритом (РА) с достоверным диагнозом РА, поставленным на основании критериев ACR (2010 ELUAR). Антитела к ЦП определяли иммуоферментным методом при фиксации антигена в магнитоуправляемых сорбентах по методу Гонтаря. Результаты выражали в единицах оптической плотности (е.о.п.). Определение количества ЦП проводили иммуоферментным методом по И.С. Кузьминой и соавт. (1991г.) с использованием коммерческого иммуоферментного диагностикума «Тест-систем иммуоферментных для определения церулоплазмينا ИФА-ЦП» производства НИИ вакцин сывороток им. И.И. Мечникова РАМН (Москва, Россия).

Результаты. При исследовании сывороток крови здоровых лиц уровень АТ к ЦП составил $0,020 \pm 0,006$ е.о.п. Среднее значение оксидазной активности и количества ЦП у здоровых лиц составило $716 \pm 26,3$ и 921 ± 32 нг/мл соответственно. Повышенные уровни АТ к ЦП выявили у 56 (85,3%) больных РА. Среди обследуемых больных РА 63,2% (43 человека) имели суставную форму заболевания и 36,8% (25 человек) – суставно-висцеральную. Больных с активностью заболевания I степени было 11 человек (16,1%), со II степенью – 48 (70,6%), с III степенью активности – 9 человек (13,2%). При РА выявлена зависимость оксидазной активности, количества ЦП и уровня антител к ферменту от активности заболевания ($p < 0,001$). При суставно-висцеральной формы РА определялась такая зависимость и от поражения печени ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, антитела к ЦП можно рассматривать как своеобразный серологический маркер РА и может использоваться в комплексе с другими лабораторными критериями для оценки активности патологического процесса.



НАРУШЕНИЕ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И ГИПЕРАММОНИЕМИЯ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОМ СТЕАТОГЕПАТИТЕ С НАЧАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ И ИХ КОРРЕКЦИЯ

Ермолова Т.В., Ермолов С.Ю.,
Беляева Е.Л., Сафарова С.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Некоторые экспериментальные исследования показывают, что аммиак способствует активации звездчатых клеток печени, фиброгенез, ухудшает печеночную микроциркуляцию, причем эти процессы могут быть обратимы при применении гипоаммониемических препаратов.

Цель исследования. Оценить уровень аммиака, портопеченочной микроциркуляции и эффективность орнитина (Гепа-Мерц) для коррекции гипераммониемии и нарушений печеночной микроциркуляции у пациентов неалкогольным стеатогепатитом с начальной стадией фиброза печени.

Материалы и методы. Обследовано 36 пациентов неалкогольным стеатогепатитом (основная группа) и 25 пациентов хроническим вирусным гепатитом С (группа сравнения) с начальной стадией фиброза печени (0-1 стадии по METAVIR). Уровень аммиака определялся биохимическим экспресс-методом (аппарат PocketChem BA, Arcray, Japan) в капиллярной крови у пациентов и у 22 практически здоровых человек (контрольная группа), нормальный уровень аммиака – менее 60 umol/L . Внутрипеченочную гемодинамику оценивали методом полигепатографии (ПГГ) – модифицированная импедансография, неинвазивный метод для интегральной оценки портопеченочной гемодинамики путем определения сопротивления слабому электрическому току. ПГГ регистрирует кровоток в проекции правой, левой доли печени, селезенки, проводится интегральная импедансография тела. Для коррекции нарушений печеночной микроциркуляции и уровня аммиака мы использовали орнитин (Гепа-Мерц) в дозе 3 грамма 3 раза в день 4 недели. Эффективность препарата мы оценивали через 2 и 4 недели после контрольной полигепатографии и повторного определения уровня аммиака.

Результаты и обсуждение. Анализ ПГГ показал, что нарушения портопеченочной гемодинамики выявлены у всех пациентов (повышенное базовое сопротивление, нарушение формы и амплитуды волн) на синусоидальном уровне у пациентов НАСГ и пресинусоидальном уровне (приток) у пациентов ХВГС. Средний уровень аммиака у пациентов НАСГ составил $137,2 \text{ umol/L}$, в контрольной группе – $49,3 \text{ umol/L}$

($p < 0,01$). Гипераммониемия была достоверно выше в группе НАСГ по сравнению с ХВГС (102,3 μmol) ($p < 0,01$). Анализ эффективности орнитина (Гепа-Мерц) показал, что препарат улучшает печеночную микроциркуляцию в группе НАСГ и ХВГС: через 2 недели лечения мы наблюдали нормализацию или улучшение формы кривых, через 4 недели – амплитуды кривых. Уровень аммиака достоверно снизился через 2 недели в среднем по группе НАСГ и ХВГС.

Заключение. НАСГ с начальными стадиями фиброза печени характеризуется развитием гипераммониемии, уровень которой выше чем при ХВГС. НАСГ сопровождается нарушением портопеченочной гемодинамики на уровне оттока. Гепа-Мерц снижает уровень аммиака в крови и улучшает печеночную микроциркуляцию и при НАСГ и ХВГС. Таким образом, аммиак является новой терапевтической мишенью при хронических заболеваниях печени.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И КОМОРБИДНОСТЬ РОЗАЦЕА В УСЛОВИЯХ СЕВЕРНОГО РЕГИОНА

Ефанова Е.Н., Нелидова Н.В.

Сургутский государственный университет,
г. Ханты-Мансийск

Цель. Изучить особенности клинико-лабораторных показателей и коморбидности при розацеа в условиях Севера.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ медицинской документации пациентов с розацеа (63 медицинские карты стационарных больных). Всем пациентам были проведены клинико-лабораторные исследования, включающие определение подтипа розацеа, клинический и биохимический анализы крови.

Результаты. Все пациенты из группы исследования получали лечение в условиях дневного стационара кожно-венерологического диспансера. Средние сроки терапии составили $14 \pm 1,0$ пациентодень. Из 63 пациентов с розацеа у 25,4% наблюдался эритематозно-телеагизктатический подтип заболевания, у 50,8% – папулезный, у 23,8% – пустулезный.

Коморбидность у пациентов с розацеа выявлена в 46,1% случаев. Сочетание розацеа с другими дерматозами выявлено у 9,5% пациентов (себорейный дерматит, псориаз, онихомикозы стоп). Из соматических заболеваний наиболее часто розацеа ассоциировалась с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (22,2%), заболеваниями сердца и сосудов у больных розацеа встречались в 14,3% случаев, эндокринные заболевания в 9,5% случаев.

В клиническом анализе крови у 23% больных наблюдался лейкоцитоз, преимущественно за счет нейтрофильного звена, лимфопения. Наиболее выраженные изменения содержания лейкоцитов отмечались при пустулезном подтипе поражения с тяжелым течением заболевания ($18,10 \pm 1,2\%$).

При исследовании лабораторных показателей у больных розацеа было установлено, что у 38% пациентов имелись изменения биохимических показателей крови, свидетельствующие о нарушении функциональной активности печени. У 12,3% пациентов выявлена гиперхолестеринемия.

Коморбидность у пациентов с розацеа выявлена в 46,1% случаев. Сочетание розацеа с другими дерматозами выявлено у 9,5% пациентов (себорейный дерматит, псориаз, онихомикозы стоп). Из соматических заболеваний наиболее часто розацеа ассоциировалась с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (22,2%), заболеваниями сердца и сосудов у больных розацеа встречались в 14,3% случаев, эндокринные заболевания в 9,5% случаев.

Выводы. У больных розацеа выявлены лейкоцитоз, преимущественно за счет нейтрофильного звена, лимфопения, изменения биохимических показателей крови, свидетельствующие о нарушении функциональной активности печени, и гиперхолестеринемия. Выявленные изменения могут служить предикторами оценки тяжести заболевания и эффективности проводимой терапии этого заболевания. Таким образом, для достижения положительного результата в лечении розацеа необходимо учитывать индивидуальные особенности организма, степень клинических проявлений, наличия сопутствующей патологии, лабораторные показатели.

КОМОРБИДНОСТЬ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ДААННЫЕ ПРИ ПУЗЫРЧАТКЕ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРНОГО РЕГИОНА

Ефанова Е.Н., Нелидова Н.В.

Сургутский государственный университет,
г. Ханты-Мансийск

Цель работы. Изучить особенности клинико-лабораторных показателей при пузырьчатке в условиях Севера.

Задачи исследования. Материалы и методы исследования: ретроспективный анализ медицинской документации пациентов с пузырьчаткой (медицинские карты стационарных больных в количестве 25). Пациентам группы исследования проведены клинико-лабораторные исследования, включающие общий клинический и биохимический анализы крови, общий анализ

мочи. Анализ лабораторных показателей производился при поступлении пациентов до начала терапии.

Результаты исследования. Распространенность патологического кожного процесса: 86,6% наблюдался распространенный кожный процесс, включающий поражение туловища, верхних и нижних конечностей; в 13,4% случаях отмечалось ограниченная форма поражения исключительно с локализацией процесса на слизистой оболочке ротовой полости. Кроме того, вовлечение слизистой оболочки полости рта зарегистрировано в 46,2% случаев у больных с распространенными процессами. Вовлечение кожи волосистой части головы отмечалось в 30,8% случаев.

В ходе исследования было выявлено, что наиболее часто встречаемыми сопутствующими заболеваниями при пузырчатке являются: гипертоническая болезнь 61%; ожирение и дерматомикозы 31%; сахарный диабет 23% случаев.

При исследовании лабораторных показателей у больных пузырчаткой было выявлено следующие изменения в клиническом анализе крови: у 38% пациентов наблюдались лейкоцитоз, моноцитопения и эозинопения; у 31% пациентов – тромбоцитоз; у 23% пациентов отмечалась лимфопения. В биохимическом анализе крови у 54% пациентов определено повышение уровня щелочной фосфатазы; у 38% обследованных – гиперхолестеринемия; у 31% – гипергликемия и повышение уровня мочевины; у 23% – гипопротейнемия. В общем анализе мочи у 31% пациентов выявлена лейкоцитурия.

Заключение. 1. У большей части пациентов с пузырчаткой отмечался распространенный кожный процесс и высокий процент коморбидности. 2. У больных пузырчаткой выявлены значимые изменения в общем клиническом анализе крови лейкоцитоз, тромбоцитоз, и снижение основных показателей в лейкоцитарной формуле (лимфопения, моноцитопения, эозинопения). Также выявлены значимые изменения в биохимическом анализе крови и воспалительные изменения в общем анализе мочи. 3. На основе анализа данных лабораторных показателей и оценки распространенности кожного процесса у пациентов, можно предположить, что у больных пузырчаткой изменения лабораторных показателей не могут служить предикторами оценки тяжести заболевания.

Выводы. Учитывая, что в клинике больных пузырчаткой преобладали распространенные формы заболевания, часто выявлялись коморбидные состояния, можно прогнозировать определенные сложности в терапии этой группы пациентов. Необходимость назначения системных кортикостероидных препаратов ожидаемо усугубит соматический статус пациентов. Выявленные изменения лабораторных показателей диктуют необходимость раннего и всестороннего обследования пациентов с пузырчаткой для выявления сопутствующей патологии. Необходимо тесное сотрудничество врачей-дерматовенерологов с врачами других специальностей при ведении больных пузырчатыми дерматозами.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ СОЧЕТАННОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Жеглова А.В., Лапко И.В.

Федеральный научный центр гигиены
им. Ф.Ф. Эрисмана,
Москва

Многообразие факторов производственной среды, специфичность их воздействия, разнообразные сочетания, пути их влияния на организм работающего человека определяют особенности развития и течения профессиональной патологии, возникновения ее сочетанных форм. Целью проведенного многолетнего исследования изучение особенностей и эффективности применяемых профилактических и реабилитационных программ при сочетанных формах профессиональной патологии у промышленных рабочих.

Проведено ретроспективное изучение медицинской документации 812 больных, наблюдающихся в течение 10 лет в клинике ФБУН «ФНЦГ им. Ф.Ф. Эрисмана». Большая часть исследованных пациентов – работники горнорудных предприятий (77,9%), остальные – рабочие предприятий машиностроения. Большинство исследуемых больных (91,0%) составляли высококвалифицированные рабочие основных профессий (проходчики, бурильщики шпуров, машинисты экскаваторов, водители большегрузных автомобилей, сборщики-клепальщики, слесари-сборщики, шлифовщики, литейщики, обрубщики и другие). Гигиеническая оценка условий труда изучаемого контингента показала комплексное и сочетанное воздействие вредных производственных факторов, основным из которых является – шумовибрационный для всех групп обследованных (класс 3.1-3.3). Кроме того, у подземных горнорабочих имело место воздействие физических перегрузок (класс 3.1-3.2), а у работников горно-обогатительных комбинатов значим пылевой фактор (3.1-3.2). Основную массу изученных больных (69,2%) составили лица, у которых было установлено два профессиональных заболевания (вибрационная болезнь и двусторонняя нейросенсорная тугоухость), в 18,9% - нейросенсорной тугоухости и пояснично-крестцовой радикулопатии, у 9,8% случаев имело место сочетание вибрационной болезни и силикоза, а у 2,1% диагностировались три профессиональных заболевания (вибрационная болезнь, нейросенсорная тугоухость, силикоз или хронический пылевой бронхит). Впервые профессиональные заболевания у рабочих горнорудных предприятий устанавливались в стажевой группе 15-20 лет, у работников машиностроения – при стаже 20-25 лет. Среди впервые установленных диагнозов нейросенсорной тугоухости в 76,4% случаев отмечалась легкая

степень снижения слуха, вибрационная болезнь чаще диагностировалась уже в виде выраженной (второй) стадии – 78,7%, пояснично-крестцовая радикулопатия (впервые установленная профессиональная) имела уже выраженную клинику и статико-динамические нарушения более чем у половины больных (55,2%). В динамике десятилетнего наблюдения отмечалось прогрессирование выявленной нейросенсорной тугоухости (у 38,8% пациентов). Пояснично-крестцовая радикулопатия, отличалась чаще ремитирующим течением, торпидным к проводимым методам консервативного лечения, почти каждый пятый пациент (19,3%) получил хирургическую коррекцию (в связи с грыжеобразованием, стойким болевым синдромом). Вибрационная болезнь чаще имела стабильное течение, без прогрессирования клинических проявлений.

Анализ эффективности профилактических программ применяемых на изучаемых промышленных объектах показал: на предприятиях, проводящих оценку профессионального риска, формирующих группы риска, проводящих регулярно профилактические мероприятия (санитарно-гигиенические, медицинские, санитарно-просветительские, социальные и др.) средний стаж установления первого профессионального заболевания составил $18,2 \pm 1,9$ лет; на предприятиях, где отсутствует четкая и постоянно действующая система профилактики, этот показатель составил $15,1 \pm 2,0$ лет; также имелись различия и в показателях прогрессирования заболевания до выраженных форм, который был также на 25% длиннее при регулярном проведении мер профилактического воздействия. Отмечена также высокая эффективность программ реабилитации, проводимых для пациентов с начальной (легкой) степенью нейросенсорной тугоухости и первой степенью вибрационной патологии. Применение современных методов медикаментозного, физиотерапевтического, игло-рефлекторного воздействия в сочетании с правильным использованием средств индивидуальной защиты позволило продлить их профессиональное долголетие в среднем на $5,6 \pm 1,8$ лет.

Таким образом, условия труда рабочих горно-рудных и машиностроительных предприятий характеризуются воздействием целого ряда вредных производственных факторов и вероятностью формирования сочетанной профессиональной патологии, протекающей на фоне различных общих заболеваний (сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта). Несвоевременная диагностика профессиональных заболеваний приводит к установлению уже выраженных, часто сочетанных, форм профессиональной патологии, чем затрудняет как медицинскую, так и социально-трудовую реабилитацию больных.

Проведенное исследование показывает, что совместные действия медицинских работников, служб охраны труда и промышленной безопасности предприятия при активном участии работодателями, направленные на совершенствование профилактических

и реабилитационных программ, позволяют продлить профессиональное долголетие работников.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АУТОАНТИТЕЛ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Зарипов С.И., Абдурахманова Н.М., Полотова С.А.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Системная склеродермия (SSc) – это сложное аутоиммунное заболевание, характеризующееся фиброзом кожи и внутренних органов, васкулярными аномалиями и иммунной дисрегуляцией. Антиядерные антитела играют важную роль в патогенезе SSc. Наличие антител к фибрилларину было связано с определенными клиническими особенностями при SSc, такими как повышенный риск интерстициальной легочной болезни (ИЛБ), легочной гипертензии и почечного криза.

Цель. Изучить клиническое значение антител к фибрилларину при системной склеродермии.

Материалы и методы. Исследование проводилось на ревматологическом отделении Ташкентской клинической больницы, включая 65 пациентов с диагнозом системной склеродермии на основе критериев EULAR/EUSTAR 2013 года. Средний возраст пациентов составлял $42,5 \pm 8,4$ года, средняя продолжительность заболевания – $5,2 \pm 3,5$ года. Из участников исследования 40 (61,5%) были женщины, а 25 (38,5%) – мужчины. Каждый пациент проходил клинические, лабораторные, инструментальные и иммунологические оценки.

Результаты. Антитела к AFA были обнаружены у 10 пациентов (16,7%). Все пациенты были разделены на 2 группы: AFA-положительные и AFA-отрицательные группы. У 60% пациентов с положительным тестом на AFA была легочная гипертензия, в то время как только 27,3% пациентов с отрицательным тестом на AFA страдали от легочной гипертензии. Пациенты с положительным тестом на антитела к фибрилларину (AFA) имели значительно более высокие баллы по изменениям кожи по шкале Роднана по сравнению с теми, у кого тест на AFA был отрицательным (17 против 9,1; $P < 0,01$). Кроме того, у пациентов с положительным тестом на AFA была более высокая частота миозита по сравнению с пациентами с отрицательным тестом на AFA (50% против 22,7%; $P < 0,01$).

Заключение. Наличие антител к фибрилларину (AFA) кажется связанным с более тяжелым поражением кожи, что подтверждается более высокими баллами по изменениям кожи по шкале Роднана, а также более высокой частотой миозита у пациентов с системной склеродермией.

РЕДКИЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ СИСТЕМНОГО АА – АМИЛОИДОЗА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Зайченко Т.И., Волошинова Е.В.

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

Цель исследования. Выявить особенности клинической картины и течения системного А-амилоидоза, клинически манифестировавшего почечной недостаточностью.

Материалы и методы. Представлено клиническое наблюдение пациентки Б., 52 лет. Проведена оценка анамнеза, данных лабораторных, инструментальных и морфологических методов исследования, объективных данных.

Результаты и обсуждение. Пациентка Б., 52 лет, проживала в г. Краснодаре. До мая 2023 г. считала себя практически здоровой. Во время единственной физиологической беременности в возрасте 25 лет повышения артериального давления (АД), изменений в анализах крови и мочи не было. В дальнейшем не обследовалась. В течение 5 лет отмечала повышение АД до 180 и 100 мм рт. ст. Наследственность по заболеваниям почек неотягощена. Заболела остро в мае 2023 г., когда после употребления жирной пищи отметила повышение температуры тела до 38°C, разлитые боли в животе, купировавшиеся в течение двух суток. В дальнейшем отмечались однократно рвота и жидкий стул, снижение диуреза. По поводу лихорадки и болей в животе в течение двух дней принимала нимесулид (суммарно 4 таблетки). Госпитализирована. Экстренная хирургическая патология исключена. Отмечались лейкоцитоз $12 \times 10^{12}/л$, небольшое повышение уровня панкреатической амилазы и печеночных ферментов крови, значительное повышение уровня креатинина и мочевины крови до 1500 мкмоль/л и 50 ммоль/л соответственно. Начаты процедуры гемодиализа (ГД). При УЗИ почек размеры паренхимы в норме, при УЗИ органов брюшной полости диффузные изменения поджелудочной железы. Сохранная паренхима почек наряду с отсутствием анамнеза позволили расценить процесс как острый и диагноз основного заболевания был сформулирован как острый интерстициальный нефрит. Панкреатит трактовался как реактивный в рамках острого почечного повреждения. Для продолжения лечения пациентка обратилась в Областную клиническую больницу г. Саратова. При поступлении в нефрологическое отделение отмечено повышение АД до 150 и 80 мм рт. ст., умеренная тахикардия, болезненность живота в левой мезогастральной области, массивные отеки до середины бедер. Диурез сохранен. Выявлен нефротический синдром (НС): общий белок крови 56 г/л,

альбумин 25,8 г/л, протеинурия 3.5 г/сутки; анемия (Hb 80 г/л), повышение С-реактивного белка до 50 мг/л, незначительное повышение печеночных ферментов, азотемия (креатинин 1008 мкмоль/л, мочевины 30 ммоль/л). Возобновлены процедуры ГД. С учетом сохранной почечной паренхимы в сочетании с высоким уровнем азотемии выставлен диагноз быстропрогрессирующего гломерулонефрита (БПГН). Согласно алгоритму терапии при БПГН, проведена пульс терапия метилпреднизолоном в суммарной дозе 2500 мг, назначен преднизолон 1 мг/кг массы тела внутрь. Маркеры системной красной волчанки (антиядерные и антитела к двуспиральной ДНК), антинейтрофильные цитоплазматические антитела как основная причина БПГН и НС отрицательные. Данных за онкологический процесс не выявлено. Выполнена нефробиопсия: из 19 клубочков 12 полностью склерозированы, содержат конго-позитивные бесклеточные массы, замещающие все структуры клубочка; интерстициальный фиброз и атрофия канальцев третьей степени. При типировании иммунопероксидазным методом выявлен АА-амилоидоз.

Таким образом, сформулирован окончательный диагноз: АА-амилоидоз почек, ХБП С5ДА4. Начато снижение преднизолона вплоть до его полной отмены. Продолжены процедуры гемодиализа, проводилась антианемическая, гастропротективная терапии. Планировалось создание постоянного сосудистого доступа для процедур ГД. Однако, состояние пациентки стало ухудшаться, появилась тенденция к снижению АД и при явлениях прогрессирующей гипотонии пациентка скончалась.

Учитывая результаты иммуногистохимического исследования, диагноз АА-амилоидоза не вызывает сомнения. Анамнестически достоверных данных о причине амилоидоза не выявлено. Однако, с учетом эпизода болей в животе, сопровождавшихся диареей, и повышенного уровня СРБ можно предположить периодическую болезнь (ПБ), протекавшую с субклиническим воспалением. Приведенное клиническое наблюдение соответствует 2 фенотипу ПБ, поскольку на момент клинической манифестации у пациентки уже был амилоидоз. Крайне трудно судить о давности процесса. Можно предположить длительное бессимптомное течение АА-амилоидоза вплоть до терминальной стадии почечной недостаточности, что подтверждено данными морфологического исследования (глобальный гломерулосклероз, интерстициальный фиброз). При этом с момента клинической манифестации до летального исхода прошло менее двух месяцев.

Выводы. Приведенный случай в очередной раз свидетельствует о необходимости диспансерного наблюдения за пациентами с АГ, которое предусматривает в том числе исследование мочи. Обнаруженная ПУ могла стать причиной углубленного обследования, что способствовало бы своевременной диагностике и лечению.

ОСТРАЯ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ: ВКЛАД МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ КОМОРБИДНОСТИ

Захаров Ю.В., Давыдов С.И., Бабаева А.Р.

Волгоградский государственный
медицинский университет,
г. Волгоград

Введение. Фибрилляция предсердий (ФП) является самой частой формой аритмии среди пациентов, госпитализированных в срочном порядке в связи с нарушением ритма. ФП может быть причиной снижения сердечного выброса и развития острой левожелудочковой недостаточности (ОЛН), проявляющейся клиникой сердечной астмы или отека легких. Ассоциированные состояния, прежде всего, АГ, висцеральное ожирение, сахарный диабет 2 типа (СД2) и метаболический синдром (МС), рассматриваются как важная коморбидная патология, повышающая риск развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий.

Цель. Целью настоящего исследования была оценка ассоциации между развитием ОЛН и метаболической коморбидностью у лиц с ФП, а также зависимость структурных и функциональных нарушений миокарда от наличия указанных ассоциированных состояний.

Материалы и методы. Нами были проанализированы 180 медицинских карт стационарных больных, которые поступили в кардиологическое отделение клиники факультетской терапии ВолГМУ за последние 10 лет в связи острой левожелудочковой недостаточностью (ОЛН). Возможные причины развития ОЛН были оценены на основании клинических, лабораторных и инструментальных данных после купирования острого состояния. Подтвержденные случаи ОЛН на фоне ФП в отсутствие других механизмов развития сердечной астмы либо отека легких были выделены в самостоятельную группу. В указанной группе был проведен детальный анализ с целью уточнения ассоциации между развившейся ОЛН и наличием коморбидной патологии, прежде всего, МС и/или СД2 типа, на основании клинических, биохимических и эхокардиографических показателей. Ремоделирование и дисфункция левого желудочка были подтверждены в соответствии с действующими международными рекомендациями Американского общества эхокардиографии и Европейской Ассоциацией кардиоваскулярной визуализации (2016).

Результаты. При анализе основной патологии, послужившей причиной развития ОЛН, было установлено, что 55,6% приходилось на острый коронарный синдром (100 пациентов), 27,7% на осложненный гипертонический криз (50 пациентов) и

16,7% на аритмии в форме ФП (30 пациентов). При анализе частоты метаболических нарушений в группе лиц с ФП оказалось, что абдоминальное ожирение и/или МС были диагностированы у 22 пациентов (73%), а СД2 верифицирован у 8 пациентов (27%) из группы с ОЛН вследствие аритмии. Данные эхокардиографии в этой группе показали, что снижение фракции выброса (ФВ) было у 15 пациентов (50%), промежуточная ФВ была обнаружена у 6 пациентов (20%), а сохраненная ФВ – у 9 пациентов (30%). Не было выявлено достоверных различий в частоте обнаружения сопутствующей патологии (МС и СД2) в трех подгруппах, разделенных по ФВ (подтверждено критерием χ^2). Вместе с тем мы обнаружили взаимосвязь между неблагоприятными типами ремоделирования ЛЖ и степенью дисфункции ЛЖ с одной стороны и МС либо СД2 с другой стороны. В группе пациентов с МС концентрическая гипертрофия левого желудочка наблюдалась значительно чаще, чем в группе без МС, в которой концентрическое ремоделирование было ведущим структурным изменением (подтверждено критерием χ^2). Экцентрическая гипертрофия ЛЖ была диагностирована только у пациентов с полным МС. Кроме того, у всех пациентов с полным МС была диагностирована диастолическая дисфункция левого желудочка. Более тяжелая форма диастолической дисфункции наблюдалась преимущественно в подгруппе пациентов с полным МС и СД2.

Обсуждение. Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что в структуре ОЛН, потребовавшей экстренной госпитализации, 16% приходится на фибрилляцию предсердий. В группе пациентов с ФП, осложненной ОЛН, более 70% соответствовали критериям МС, а почти треть пациентов имела СД 2 типа. Анализ эхокардиографического исследования, проведенного после купирования эпизода ОЛН, показал, что более чем у половины пациентов приступ сердечной астмы и даже отека легких развился в отсутствие систолической дисфункции, при этом у подавляющего большинства пациентов имела место метаболическая коморбидность. У пациентов с сопутствующим МС и/или СД2 чаще обнаруживали неблагоприятные типы ремоделирования левого желудочка и нарушение диастолической функции, что может предрасполагать к развитию ОЛН на фоне фибрилляции предсердий.

Заключение. Осложненные нарушения ритма (фибрилляция предсердий) является одной из частых причин ОЛН у пациентов с такими ассоциированными состояниями, как метаболический синдром и сахарный диабет 2 типа. Развитие ОЛН возможно в отсутствие систолической сердечной недостаточности на фоне ремоделирования левого желудочка и диастолической дисфункции левого желудочка. Более тяжелые структурно-функциональные нарушения левого желудочка у пациентов с ФП ассоциированы с сопутствующим СД2 типа и МС.

ВАРИАНТ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ МИОКАРДИТА ПОД МАСКОЙ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Захарова О.В.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Введение. Миокардит – это группа самостоятельных нозологических единиц или проявление других заболеваний, поражение миокарда воспалительной природы, инфекционной, токсической (в т.ч. лекарственной), аллергической, аутоиммунной или неясной этиологии, с широким спектром клинических симптомов: от бессимптомного течения, легкой одышки и невыраженных болей в грудной клетке, проходящих самостоятельно, до сердечной недостаточности, кардиогенного шока, жизнеугрожающих нарушений ритма и внезапной сердечной смерти.

В практической медицине по-прежнему существуют трудности в постановке диагноза миокардит. Это связано с вариабельностью клинических проявлений, сложностями диагностики, ведь «золотым стандартом» верификации миокардита, выяснения этиологии заболевания является эндомикардиальная биопсия (ЭМБ), имеющая ограниченные показания для ее проведения. Часто физикальные данные, а также данные инструментальных исследований (эхокардиография, электрокардиография (ЭКГ)) оказываются неинформативными, так как не выявляют патологию. В отсутствие показаний к ЭМБ диагноз позволяет подтвердить проведение магнитно-резонансной томографии (МРТ) с парамагнитным контрастным усилением и оценке по критериям Лейк-Луиз.

Важно помнить, что миокардит нередко протекает под различными масками кардиальной патологии.

Цель. Описание клинического случая течения миокардита под маской острого коронарного синдрома.

Материалы и методы. Для постановки диагноза пациенту было выполнено МРТ сердца с парамагнитным контрастным усилением и оценке по критериям Лейк-Луиз.

Результаты. Пациент В., 40 лет был экстренно госпитализирован в отделение кардиореанимации СЗГМУ им. И.И. Мечникова 24.10. На момент поступления пациента беспокоила интенсивная ломящая боль в височных, лобной областях головы, челюстях, боль за грудиной жгучего характера с иррадиацией в обе руки, онемение рук и пальцев. Прием нурофена и анальгина не приводил к уменьшению боли. Температура не повышалась. Изменение положения тела не приводило к уменьшению боли, после приема Нитроминт спрея (две дозы) отметил снижение интенсивности болевого синдрома.

Из анамнеза известно, что пациенту 19.10 был установлен диагноз – острый тонзиллит, который протекал с жалобами на сильную боль в горле и повышение

температуры тела до 39°C. Получал антибактериальную терапию Амоксиклав. До 24.10 года боли в грудной клетке ангинозного характера никогда не отмечал.

Наследственный анамнез отягощен: отец умер в возрасте 64 лет в раннем послеоперационном периоде после аорто-коронарного шунтирования; у матери – сахарный диабет 2 типа.

Из объективного осмотра: состояние средней степени тяжести, гемодинамические показатели в пределах нормальных значений.

При поступлении 24.10 года выполнено исследование уровня тропонина Т: 137,9 пг/мл (норма $\leq 100,000$ по/мг). Далее в динамике: 24.10 – 137,9 пг/мл, 25.10 – 246,3 пг/мл, 26.10 – 347,0 пг/мл, 31.10 – 6,69 пг/мл. По данным ЭКГ не зарегистрировано острой патологии, выявлена полная блокада правой ножки пучка Гиса, в последующем ЭКГ оставалась без динамики.

Экстренно выполнена коронароангиография, по данным которой коронарные артерии не имеют гемодинамически значимого стенозирования, во время исследования зарегистрирован выраженный спазм правой лучевой артерии, купированный введением нитратов интраартериально.

По результатам эхокардиографии зон нарушения локальной сократимости не выявлено, фракция выброса 68,3%.

Учитывая клиническую картину, результаты обследования, данных за острый инфаркт миокарда получено не было. Состояние пациента было расценено как острый миокардит. Показаний для ЭМБ выявлено не было. Для подтверждения диагноза была выполнена МРТ: МРТ-картина участков отека, зоны отсроченного накопления контрастного препарата в нижне-базальных отделах левого желудочка по неишемическому типу с учетом анамнестических данных соответствует острому миокардиту.

Полученные результаты. За время нахождения в отделение пациент получал лечение в соответствии с клиническими рекомендациями по диагностике и лечению миокардитов и классификацией J.S. Forrester и L.W. Stevenson: ингибиторы ангиотензин превращающего фермента, бета-блокаторы, антагонисты минералокортикоидов. Состояние и гемодинамика больного были стабильными, боли в грудной клетке не рецидивировали. Спустя 14 дней был выписан в удовлетворительном.

Выводы. В настоящий момент проблема диагностики миокардита, особенно у молодых пациентов, является довольно актуальной. Прежде всего это обусловлено особенностями течения миокардитов, которые могут протекать под маской острого коронарного синдрома. Очень часто в условиях кардиологического стационара таким пациентам с острым миокардитом, не проводят дополнительное обследование и устанавливают диагноз ишемической болезни сердца, острого инфаркта миокарда и назначают соответствующее лечение. Поэтому крайне важно вовремя заподозрить острый миокардит и выполнить такие исследования как МРТ или ЭМБ.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЛЕЙКОЗАМИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКА

Зверева О.Н.

Северный государственный медицинский университет,
г. Архангельск

Цель исследования. Проанализировать первичную заболеваемость острыми и хроническими лейкозами взрослого населения Архангельска, областного центра на севере Европейской России, и изучить эпидемиологию острых лейкозов (ОЛ), хронического миелолейкоза (ХМЛ), хронического лимфолейкоза (ХЛЛ) и множественной миеломы (ММ) у жителей Архангельска за 30-летний период.

Материалы и методы. По данным формы №090/у «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» и Архангельского областного канцер-регистра изучена первичная заболеваемость лейкозами населения за период с 1993 по 2022 гг.

Результаты и обсуждение. За исследуемый период среди взрослых жителей Архангельска зарегистрировано 246 впервые выявленных больных ОЛ (23,6%), 144 больных ХМЛ (13,7%), 414 больных ХЛЛ (39,6%) и 240 больных ММ (23,1%). Первичная среднегодовая заболеваемость ОЛ в Архангельске составила 2,35 на 100 тыс., ХМЛ-1,37 на 100 тыс., ХЛЛ-3,96 на 100 тыс., ММ-2,29 на 100 тыс. населения. По всей области первичная среднегодовая заболеваемость ОЛ составила 1,92 на 100 тыс., ХМЛ-1,19 на 100 тыс., ХЛЛ-3,32 на 100 тыс., ММ-2,41 на 100 тыс. населения. Таким образом, показатель инцидентности лейкозов в областном центре был выше, чем в среднем по области.

Выводы. Среднегодовой уровень первичной заболеваемости ОЛ, ХМЛ, ХЛЛ и ММ взрослого городского населения Архангельска выше аналогичных среднегодовых региональных показателей. За исследуемый период зафиксирован неуклонный рост онкологической заболеваемости в регионе, в том числе опухолевых поражений костного мозга и лимфатической системы, и повышение уровня первичной заболеваемости всеми формами лейкозов.

ГЕМОБЛАСТОЗЫ У СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЕВРОПЕЙСКОГО СЕВЕРА

Зверева О.Н.

Северный государственный медицинский университет,
г. Архангельск

Цель исследования. Изучить первичную заболеваемость гемобластозами взрослого населения Шенкурского района – региона на юге Архангельской области с преобладанием сельского населения над городским более, чем в 2 раза.

Материалы и методы исследования. Проанализирована первичная заболеваемость гемобластозами сельского населения района за 30 лет 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 1993 по 2022 гг. 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%). В структуре первичной заболеваемости преобладали опухоли лимфатической системы (лимфомы) – 28,2% (22 чел.), столько же было больных хроническим лимфолейкозом (ХЛЛ). Больные острым лейкозом (ОЛ) составили 17,9% (14 чел.), больные хроническим миелолейкозом (ХМЛ) и множественной миеломой (ММ) – по 12,8% (20 чел.). Среднегодовая первичная заболеваемость гемобластозами за 30 лет составила 12,35 на 100 тыс. населения с тенденцией к постепенному росту. При этом данный показатель оказался выше среди городского населения (14,29 на 100 тыс. городского населения) и 11,38 на 100 тыс. сельского населения).

Среднегодовая инцидентность ОЛ составила 2,21 на 100 тыс. населения, что превышает аналогичный показатель по всей области (1,92). Среднегодовая первичная заболеваемость ХМЛ отмечена на уровне 1,58 на 100 тыс. (1,19 – по области). При ММ показатель был, напротив, ниже, чем по области (1,58 и 2,41 соответственно). Первичная заболеваемость ХЛЛ была выше среднего по области показателя – 3,48 на 100 тыс. (3,32 – по области), при этом среди городского населения района она была значительно выше, чем среди сельского (5,71 против 2,37 на 100 тыс. соответственно), как и при лимфомах (3,81 против 3,32).

Выводы. При анализе первичной заболеваемости гемобластозами населения района Архангельской области с преобладанием аграрного комплекса обращает на себя внимание высокий уровень заболеваемости системными заболеваниями крови (ОЛ, ХМЛ, ХЛЛ), особенно первичными опухолями лимфатической системы среди городского населения района.



ЛЕЙКОЗЫ И НЕХОДЖКИНСКИЕ ЛИМФОМЫ У НАСЕЛЕНИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО РАЙОНА АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Зверева О.Н.

Северный государственный медицинский
университет,
г. Архангельск

Цель исследования. Провести исследование первичной заболеваемости острыми и хроническими лейкозами, а также неходжкинскими лимфомами взрослого населения Вельского района, расположенного на юге Архангельской области и являющегося самым крупным по численности населения в области, с 1993 по 2022 гг.

Материалы и методы. Изучена первичная заболеваемость лейкозами 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 1993 по 2022 гг. Достоверность диагноза подтверждалась данными анализа медицинских карт стационарного больного ф.№003у и амбулаторных карт ф.№025у.

Результаты и обсуждение. За исследуемый период выявлено 196 больных системными заболеваниями крови, из них 112 мужчин (57,1%) и 84 женщины (42,9%). В структуре первичной заболеваемости преобладали опухоли лимфатической системы – 47,9% (94 чел.), хронический лимфолейкоз (ХЛЛ) – 13,3% (26 чел.), множественная миелома – 10,2% (20 чел.). Первичная среднегодовая заболеваемость острым лейкозом (ОЛ) составила 1,76 на 100 тыс. населения, что ниже среднего по области (1,92). Уровень первичной заболеваемости среди мужчин был выше, чем среди женщин (2,8 против 1,01 на 100 тыс. соответственно). Среднегодовая заболеваемость хроническим миелолейкозом (ХМЛ) составила 0,97 на 100 тыс. (1,19 по области), ХЛЛ – 1,27 на 100 тыс. (3,32 по области). Заболеваемость множественной миеломой (ММ) составила 1,97 на 100 тыс., что также ниже среднего по области показателя (2,41). Однако первичная заболеваемость неходжкинскими лимфомами оказалась выше (4,59 против 3,22 на 100 тыс. населения). Достоверной разницы в показателях первичной заболеваемости среди городского и сельского населения не выявлено.

Выводы. Обращает на себя внимание высокий уровень первичной заболеваемости лейкозами и неходжкинскими лимфомами населения Вельского района Архангельской области за тридцатилетний период, не превышающий, однако, средние по области показатели, за исключением более высокой заболеваемости неходжкинскими лимфомами, что требует тщательного.

ДИНАМИКА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ДАНЫХ У ПАЦИЕНТОВ С МИНИМАЛЬНОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ И ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ТЕРАПИИ РИФАКСИМИНОМ-А В ТЕЧЕНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ НАБЛЮДЕНИЯ

Иванова К.Н., Бакулин И.Г.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Введение. Клиническая картина минимальной печеночной энцефалопатии (МПЭ) характеризуется незначительным снижением концентрации внимания и памяти, поведенческими нарушениями, а также замедлением психомоторных функций, которые могут быть заметны лишь близким пациента и которые сложно обнаружить даже при объективном неврологическом осмотре. В связи с этим выявление МПЭ является сложной задачей и для ее диагностики используется ряд психометрических и нейрофизиологических методик.

Развитие МПЭ связано со снижением выживаемости, повышением риска госпитализации, прогрессированием до явной ПЭ и увеличением показателей смертности у пациентов с ЦП. МПЭ ухудшает повседневную деятельность, снижает качество жизни, производительность труда, способность к обучению, увеличивает риск падений, а также влияет на навыки вождения.

Все представленное указывает на необходимость ранних лечебно-профилактических мероприятий при МПЭ. Однако из-за отсутствия четких клинических рекомендаций и «золотого стандарта» в диагностике и лечении МПЭ этой проблеме уделяется недостаточно внимания.

Задачи исследования. 1. Изучить клинико-лабораторные показатели и частоту осложнений при циррозе печени с минимальной печеночной энцефалопатией. 2. Сравнить диагностическое значение 13С-метацетинового дыхательного теста (13С-МДТ), уровня аммиака и психометрических тестов при циррозе печени с МПЭ. 3. Оценить влияние рифаксиминола на качество жизни пациентов с циррозом печени и наличие МПЭ. 4. Выявить предикторы (благоприятные и неблагоприятные) течения цирроза печени с МПЭ. 5. Предложить алгоритм диагностики и лечения цирроза печени с МПЭ.

Материалы и методы исследования. Исследование проспективное наблюдательное. Исследование проводилось на различных отделениях клиники им. Петра Великого ФГБОУ ВО СЗГМУ имени И.И. Мечникова Минздрава России, а также в Северо-Западном гепатологическом центре СЗГМУ имени И.И. Мечникова.

Исследование было одобрено Локальным Этическим комитетом ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России. Все пациенты подписали информированное добровольное медицинское согласие на участие в исследовании.

Отбор пациентов проведен согласно критериям включения: мужчины и женщины от 18 до 75 лет; наличие цирроза печени; наличие МПЭ; подписанное добровольное информированное согласие. Критерии невключения: отказ от участия в исследовании; острый гепатит; ко-инфекция ВИЧ; тяжелая коморбидная патология; психические заболевания; болезнь Вильсона-Коновалова.

Методы исследования:

1. Клиническое обследование (анализ жалоб пациентов, оценка объективного статуса);
2. Лабораторные исследования (клинический анализ крови; биохимический анализ крови (аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза, щелочная фосфатаза, общий белок, альбумин, билирубин, креатинин, глюкоза, МНО, ПИ), уровень аммиака);
3. Результаты 13 С-МДТ;
4. Оценка степени тяжести заболевания печени по шкале Чайлд-Пью;
5. Оценка степени печеночной энцефалопатии по результатам психометрических тестов (тест связи чисел, тест на наименование животных, краткая шкала оценки психического статуса);
6. Шкала для оценки sarcopeny – SARC-F;
7. Анкета оценки качества жизни (SF-36);
8. Инструментальные исследования (УЗИ органов брюшной полости (структура печени и ее размеры, наличие асцита и портальной гипертензии), видеогастродуоденоскопия (ВГДС) (наличие варикозного расширения вен пищевода и исключение портальных гастропатий), эластометрия печени и фибротест или биопсия печени).

9. Методы математической статистики.

На 1 этапе были изучены данные клинико-лабораторного и инструментального обследования пациентов с циррозом печени различной этиологии с проведением психометрического теста связи чисел и выделением группы пациентов с минимальной печеночной энцефалопатией.

В зависимости от приема рифаксимином- α сформировано 4 группы:

1. 40 пациентов, получающие рифаксимин- α в дозе 1200 мг/сут. в течение 1 года (постоянная терапия);
2. 40 пациентов, получающие рифаксимин- α в дозе 1200 мг/сут. курсами по 7 дней каждого месяца (циклическая терапия);
3. 40 пациентов, не получающие терапию рифаксимином- α .

При прогрессировании МПЭ в явную ПЭ, пациент из группы контроля переводится в группу пациентов, получающих терапию рифаксимином- α в дозе 1200 мг/сут. курсами по 7 дней каждого месяца (циклическая терапия).

На 2 этапе у 120 пациентов с циррозом печени и МПЭ планируется изучить клинико-лабораторные показатели, а также качество жизни через 3, 6, 9 и 12 месяцев при применении рифаксимином- α , оценить исходы заболевания (частоту декомпенсации, нарастание ПЭ и др.) с выявлением предикторов (благоприятных и неблагоприятных) течения цирроза печени.

На основании полученных результатов предполагается предложить алгоритм диагностики и лечения цирроза печени с МПЭ.

Научная новизна исследования. Рифаксимин применялся для терапии ПЭ в ряде исследований в сравнении с плацебо, другими антибиотиками, неабсорбируемыми дисахаридами, а также в исследованиях диапазона доз. Эти испытания показали эффект рифаксимином, который был эквивалентен или превосходил сравнимые препараты с хорошей переносимостью.

Долгосрочная циклическая терапия рифаксимином в течение 3-6 месяцев для пациентов с явной ПЭ, также, изучалась в некоторых исследованиях, которые показали эквивалентность улучшения когнитивных функций и снижения уровня аммиака.

Тем не менее, данных об эффективности различных режимов применения рифаксимином- α по-прежнему недостаточно. В особенности на себя обращает внимание незначительное количество исследований, посвященных изучению качества жизни в ходе лечения пациентов с МПЭ. В связи с этим в последнее время активно изучается влияние рифаксимином- α не только на явную ПЭ, но и на МПЭ у пациентов с ЦП. Принимая во внимание имеющиеся данные, представляется целесообразным более глубоко изучить влияние препарата рифаксимином- α на качество жизни пациентов с ЦП и МПЭ с целью разработки оптимальных способов и режимов его применения у пациентов данной категории.

Впервые будет проведена сравнительная оценка диагностической значимости 13 С-МДТ, уровня аммиака крови и психометрических тестов при ЦП с МПЭ. Планируется оценить влияние рифаксимином- α на качество жизни, и разработать критерии прогноза течения цирроза печени с МПЭ.

Ожидаемые результаты. 1. Оценить качество жизни пациентов как на фоне терапии рифаксимином- α , так и в группе сравнения. 2. Выявить благоприятные и неблагоприятные предикторы для оценки прогноза течения цирроза печени с МПЭ. 3. Разработка алгоритма диагностики и лечения цирроза печени с МПЭ для оптимизации лечебно-профилактических мероприятий у пациентов данной категории.

Научно-квалификационная работа направлена на разработку новых способов диагностики, профилактики, лечения и ведения всех пациентов с циррозом печени с МПЭ, что позволит осуществлять раннюю диагностику, правильное и своевременное лечение МПЭ и предупреждение прогрессирования заболевания.

Промежуточные результаты. Всего в исследование включено 72 пациентов с минимальной печеночной энцефалопатией на фоне цирроза печени различной

этиологии и степени тяжести по шкале Чайлд-Пью. В зависимости от схемы лечения МПЭ, пациенты были рандомизированно разделены на группы: 1-я группа (n=23; 32%) – постоянная терапия рифаксимином-α в дозе 1200 мг/сут, 2-я группа (n=23; 32%) – курсовая терапия рифаксимином-α в дозе 1200 мг/сут курсами (7 дней каждого месяца), 3-я группа (n=26; 36%) – без терапии рифаксимином-α.

По итогам динамического наблюдения в течение 6 месяцев, были получены следующие результаты. При сравнении показателей по шкале Чайлд-Пью не были выявлены значимые изменения во всех 3-х группах.

В результате оценки динамики показателей в группе 1 (постоянная терапия), были получены достоверные различия только по аммиаку капиллярной крови.

В течении 3-х визитов показатель достоверно снизился ($p \leq 0,001$). При первом визите средний уровень аммиака составил 104,86, при второй визите – 79,67, при третьем визите – 79,33.

В результате оценки динамики показателей в группе 2 (циклическая терапия), были получены достоверные различия по показателям аммиака и физическому компоненту здоровья при оценке качества жизни (SF-36 – PH).

В течении 3х визитов аммиак достоверно снизился ($p=0,001$). При первом визите средний уровень аммиака составил 104,70, при второй визите – 89,78, при третьем визите – 84,39. Показатель физического компонента здоровья при оценке качества жизни (SF-36 – PH) на втором визите снизился, а на третьем вырос. При первом визите – 39,78, при в тором визите – 38,35, при третьем визите – 39,96.

В результате оценки динамики показателей в группе 3 (отсутствие терапии рифаксимином-α), были получены достоверные различия по показателям теста связи чисел, теста на наименование животных психологического компонента здоровья при оценке качества жизни (SF-36 – MH).

Показатель теста связи чисел достоверно повысился ($p=0,001$). При первом визите – 49,52, при втором визите – 52,22, при третьем визите – 53,17.

Показатель теста на наименование животных на втором визите повысился, а на третьем снизился ($p=0,001$). При первом визите – 17,96, при втором визите – 18,04, при третьем визите – 16,78.

Показатель психологического компонента здоровья при оценке качества жизни достоверно снизился ($p=0,017$). При первом визите – 44,04, при втором визите – 42,30, при третьем визите – 40,87.

Заключение. По итогам промежуточных результатов исследования установлено, что постоянная и циклическая терапия рифаксимином-α снижает уровень аммиака капиллярной крови у пациентов с циррозом печени и минимальной печеночной энцефалопатии. При отсутствии терапии рифаксимином-α отмечается ухудшение качества жизни за счет снижения показателей психического компонента здоровья.

При сравнении эффективности непрерывной и курсовой терапии рифаксимином-α результаты не показали существенных различий, поэтому необходимы дальнейшие исследования у пациентов с циррозом печени и минимальной печеночной энцефалопатии для улучшения диагностических и лечебных подходов у пациентов этой категории.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА В 2023 ГОДУ

**Кароль Е.В., Жукова О.А., Галабуева М.С.,
Харнуртова И.И., Поддубная Т.Б.**

Главное бюро медико-социальной экспертизы,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучение распространенности и структуры первичной инвалидности (ПИ) взрослого населения Санкт-Петербурга (СПб) по данным Главного бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) в 2023 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 рассматривается как один из важнейших показателей здоровья населения, индикатор 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 2023 г. составило 23000 человек, что почти на 8 тысяч больше, чем в 2021 году. Интенсивный показатель (ИП) ПИ взрослого населения в 2023 г. возрос с 34,0 до 49,3 на 10 тысяч взрослого населения. Рост показателя за анализируемый период на 31% объясняется тем, что в период с 2020 по 2022 гг. отмечалось значительное снижение обращаемости граждан на МСЭ в связи с пандемией COVID-19 в стране и в Санкт-Петербурге.

Уровень первичной инвалидности взрослого населения в трудоспособном возрасте (ТВ) в динамике за 3 года возрос в 1,4 раза и составил 29,6 на 10 тысяч соответствующего населения. Уровни первичной инвалидности возросли при большинстве форм болезней, т.к. в целом повысился уровень первичной инвалидности в Санкт-Петербурге. В гендерной структуре ВПИ в 2023 г. мужчины составили 53,2%; женщины 46,8%. Анализ структуры ПИ по возрастным интервалам по-

казал, что ТВ составил 40%, в том числе: молодой возраст (женщины и мужчины от 18 до 44 лет) – 18,1%; средняя возрастная группа (женщины 45-54 лет, мужчины 50-59 лет) – 21,8%. Доля граждан пенсионного возраста составила 60,1%. В структуре ПИ взрослого населения в 2023 г. преобладают инвалиды III группы – 41,6%; доля инвалидов II группы составила 39,4 %, I группы – 19%. ИП I группы инвалидности составил 9,4; II группы – 19,4; III группы – 20,5 (на 10 тыс. взрослого населения).

Анализ структуры ПИ по классам болезней показал, что в СПб на первом ранговом месте злокачественные новообразования (ЗНО) – их удельный вес составил 34,9%; на втором месте болезни системы кровообращения (БСК) – 31,5%; на третьем месте – последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин – 7,2%, а также: заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани – 6,1%; болезни нервной системы – 4,4%; психические расстройства и расстройства поведения – 3,6%. В структуре ПИ вследствие ЗНО в зависимости от локализации ведущими являются: рак молочной железы – 19,7%; колоректальный рак – 11,8%; рак предстательной железы – 8,6%; рак легких – 6,6%; рак желудка – 4,8%. Структура ПИ вследствие БСК по нозологическим формам следующая: ЦВБ – 43,5%; ИБС – 41,5%; ГБ – 1,8%; прочие БСК составили 13,2%.

Структура ПИ по преимущественным основным видам стойких нарушений функций (СНФ) организма следующая: 38,5% – составляют нарушения функций системы крови и иммунной системы; 38,5% – составляют нарушения функций системы крови и иммунной системы; 27,0% – нарушения нейромышечных, скелетных и статодинамических функций; 17,5% – нарушения функций сердечно-сосудистой системы; 5,9% – нарушения психических функций, 3,4% – нарушения сенсорных функций; 2,2% – нарушения функций пищеварительной системы; 1,4% – нарушения функций эндокринной системы и метаболизма; 4,1% – другие нарушения функций. Нарушения, вызывающие необходимость использования кресла-коляски – 14,2%.

Выводы. Анализ показателей ПИ среди взрослых граждан СПб в 2023 г. выявил рост уровней первичной инвалидности, в том числе в трудоспособном возрасте; преобладание лиц мужского пола и пенсионного возраста. В структуре ПИ по классам болезней ведущее место занимают ЗНО и БСК; по СНФ организма – преобладают 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 2021-2023 ГОДАХ

**Кароль Е.В., Богачева Ю.Л., Ионова Е.Б.,
Долгая А.К., Макарова В.И.**
Главное бюро медико-социальной экспертизы,
Санкт-Петербург

На протяжении многих десятилетий болезни системы кровообращения (БСК) устойчиво занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости, инвалидности и смертности взрослого населения как в Российской Федерации, так и в Санкт-Петербурге.

Цель работы. Изучение динамики распространенности и структуры первичной инвалидности вследствие БСК в Санкт-Петербурге по данным Главного бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) в 2021-2023 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 болезни системы кровообращения (БСК) до 2020 г. занимали первое ранговое место, а с 2021 года – второе место после ЗНО. Число признанных инвалидами вследствие БСК увеличилось с 5 тысяч в 2021 г. до 7,3 тысяч человек в 2023 г. Удельный вес БСК в структуре ВПИ динамике за 3 года снизился с 33,3% до 31,5%. Уровень первичной инвалидности (ВПИ) вследствие БСК среди взрослого населения Санкт-Петербурга за период с 2021 по 2023 гг. возрос с 11,9 и 15,6 на 10 тыс. взрослого населения (на 24%). Рост показателя объясняется значительным снижением в период с 2020 по 2022 гг. числа направляемых на МСЭ граждан в связи с пандемией COVID-19 в стране и в Санкт-Петербурге, что повлекло ряд ограничительных мер в медицинских организациях.

Уровень первичной инвалидности вследствие БСК в динамике с 2021 по 2023 гг. трудоспособном



возрасте возрос незначительно с 5,0 до 5,1 на 10 тысяч соответствующего возраста; в пенсионном возрасте – рост с 23,6 до 36,2 (на 35%). В структуре ПИ вследствие БСК по нозологическим формам удельный вес инвалидности вследствие ИБС в динамике за 3 года увеличился с 39,5 до 41,5%; доля инвалидности вследствие ЦВБ уменьшилась с 44,8 до 43,5%; а вследствие гипертонической болезни (ГБ) – с 2,0 до 1,8%.

В структуре ВПИ вследствие БСК в зависимости от групп инвалидности в динамике за 3 года отмечается рост удельного веса инвалидов I группы с 13,5 до 14,1%, инвалидов III группы – с 58,1 до 61,3% и снижение удельного веса II группы с 28,4 до 24,6%. В трудоспособном возрасте снизились доли инвалидов I группы с 6,6 до 5,4%, II группы с 24,6 до 21,4% и выросла доля инвалидов III группы с 68,7 до 73,2%. В пенсионном возрасте динамика следующая: удельный вес инвалидов I группы стабильный – 16,5%; уменьшение доли инвалидов II группы с 30 до 25,5% и рост инвалидов III группы с 53,7 до 58%.

Выводы. Впервые признанные инвалидами вследствие болезней системы кровообращения на протяжении многих лет занимают ведущее место в структуре первичной инвалидности в Санкт-Петербурге. В 2023 году отмечается рост уровней первичной инвалидности при вследствие БСК среди взрослого населения города, в том числе в пенсионном возрасте; в трудоспособном возрасте – рост незначительный. В структуре первичной инвалидности вследствие БСК ведущее место занимает ПИ вследствие ЦВБ и ИБС, при этом за 3 года отмечен рост доли первичной инвалидности вследствие ИБС. Среди впервые признанных инвалидами вследствие БСК в течение 3 лет преобладают инвалиды II и III групп.

КОВИД (SARS-COV-19), ЛОНГ-КОВИД, ПОСТКОВИД: ПОДВЕДЕМ ИТОГИ АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Катюхин В.Н.

Медицинский университет «РЕАВИЗ»,
Санкт-Петербург

Пандемия Ковида (SARS-Cov-19) берет начало 11 марта 2020 года решением ВОЗ. Далее, одновременно с мутацией коронавируса, в клинической картине пришли другие воспаления, обозначенные как лонг-ковид и постковидное состояние. Симптомы заболеваний разнообразны и сгруппированы в следующие кластеры:

- респираторные: одышка, кашель с мокротой или без;
- сердечно-сосудистые: стеснение в груди, грудная боль, сердцебиение;

- генерализованные: усталость, высокая температура;

- неврологические и когнитивные нарушения: («мозговой туман», потеря концентрации или проблемы с памятью), головная боль, нарушение сна, симптомы периферической невропатии (покалывание булавками, иголками и онемение), головокружение, делирий;

- желудочно-кишечные: боль в животе, тошнота, диарея, анорексия и снижение аппетита;

- скелетно-мышечные: суставная боль, боли в мышцах;

- психологические/психиатрические: депрессии, тревога;

- симптомы поражения ЛОР-органов: ринит, ринорея, потеря вкуса и запаха, ушная боль, боль в горле.

В каждом индивидуальном случае могут возникать и пролонгировать симптомы поражения других органов и тканей.

Верификации диагноза способствует определение косвенных лабораторных признаков активности воспалительного каскада: положительный ПЦР тест на ковид, увеличение С-реактивного белка, ускорение СОЭ. Определение Status localis при острой ковид-инфекции требует выявления вида и степени поражения органов дыхания. Разработана универсальная схема повреждения ткани легкого по типу «MicroCLOTS» и предложен комплексный лечебный подход.

Разработка лечебных воздействий в лучших клиниках мира идет по пути нейтрализации аутоагрессии цитокинов. В амбулаторной практике наиболее часто применяли три подхода. Во-первых – использование анелидов и нестероидных противовоспалительных препаратов. Манифестирующие спондило- и вертебропатии ликвидировали наружными пластырями с нестероидными противовоспалительными препаратами или нанопластом. При возникших артропатиях можно применять цитостатики (метотрексат 10 мг в неделю) или лефлуномид (арава) по 20 мг (прием один раз в первые три дня) и далее по 10 мг один раз в три дня на 3-4 недели. Во-вторых – это короткие (от пяти до десяти дней) курсы глюкокортикоидов. В процессе лечения следует учитывать, что оксидантный стресс – это этап гемотоксичности в клинике лонг-ковида и постковидного синдрома. Поэтому на третьем месте можно использовать методы лечебного воздействия синглет-кислородом и озонидами, его производными. Внутривенные инфузии физиологического раствора, барботированного низкодозовыми озono-кислородными смесями приводят к увеличению оксигенации артериальной крови больного на 5-10 процентов, выраженному противовоспалительному эффекту и снижению прокоагуляционного потенциала. Обычно достаточно 5-7 сеансов озонотерапии, проводимых через день. На финальном этапе лечения можно добавить малую аутогемоозонотерапию, что практически всегда приводит к быстрому выздоровлению.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ВИТАМИНА Д И ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ (СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЛАБОРАТОРНО- ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА)

Кашеварова Н.Г., Алексеева Л.И., Таскина Е.А.,
Стребкова Е.А., Шарапова Е.П., Савушкина Н.М.,
Михайлов К.М., Глухова С.И., Алексеева О.Г.,
Кудинский Д.М., Самаркина Е.Ю.
Научно-исследовательский институт
ревматологии им. В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Оценить взаимосвязь витамина Д3 с лабораторно-инструментальными параметрами при остеоартрите (ОА) коленных суставов (КС).

Методы. В исследование включено 171 пациентка в возрасте 40-75 лет, с достоверным диагнозом ОА КС I-III стадий (по Келлгрэну-Лоуренсу), подписавших информированное согласие. Средний возраст – 53,5±9,94 лет, ИМТ – 29,8±6,4 кг/м², длительность заболевания 3 [1; 7] лет. На каждого больного заполнялась индивидуальная карта, включающая в себя антропометрические показатели, данные анамнеза и клинического осмотра. Всем пациентам проводились лабораторное обследование, стандартная рентгенография, УЗИ и МРТ коленных суставов (WORMS). Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы Statistica 10.

Результаты. Нормальные значения витамина Д3 (более или равно 30 нг/мл) были выявлены у 62 пациентов (36,3%) – 1 группа, пониженные (менее 30 нг/мл) – у 109 пациентов (63,7%), при этом, недостаточность (менее 30 нг/мл, но более 20 нг/мл) регистрировалась у 66 пациентов (38,6%) – 2 группа, а дефицит (менее 20 нг/мл) – у 43 (25,1%) – 3 группа. Больные трех групп были сопоставимы по возрасту и длительности заболевания, однако у пациентов, имеющих недостаточность/дефицит витамина Д (группы 2 и 3) по сравнению с больными из 1 группы, чаще регистрировались более высокие концентрации СРБ: 1,7 [0,9; 2,6] и 1,5 [0,9; 2,8] против 0,7 [0,4; 1,6] мг/л, $p=0,03^*$; лептина: 34,0 [21,2; 61,5] и 40,0 [20,3; 55,6] против 24,1 [12,7; 33,5] нг/мл, $p=0,03^*$; гликированного гемоглобина: 5,4 [5,0; 5,9] и 5,5 [5,2; 5,9] против 5,2 [4,8; 5,6] %, $p=0,01^{**}$; щелочной фосфатазы (ЩФ): 78,0 [60,0; 93,5] и 78,0 [70,0; 94,2] против 63,0 [53,8; 82,5] ед/л, $p=0,01^{**}$. Межгрупповых отличий по СОМР, ИЛ-6, инсулину, СТХ1, СТХ2, кальцию, фосфору, триглицеридам, общему холестерину, ЛПВП, АЛТ, АСТ, креатинину, мочево́й кислоте, ПТГ, СОЭ выявлено не было. При УЗ-обследовании у пациентов 1 группы чаще выявлялись большие размеры хрящевой ткани как по переднемедиальной, так и по переднелатеральной поверхностям коленного сустава:

1,6 [1,5; 1,7] против 1,4 [1,0; 1,6] и 1,5 [1,5; 1,7] мм, $p=0,003^*$ и 1,7 [1,6; 1,8] против 1,5 [1,3; 1,7] и 1,6 [1,5; 1,8] мм, $p=0,004^*$, соответственно. При МРТ – реже выявлялся остейт в медиальных мышцах бедренной (БК) и большеберцовых костях (ББК): 5,72 против 20,0 и 33,3%, $p=0,01^{**}$ и 8,57 против 15 и 22,2%, $p=0,03^{**}$, соответственно.

p^* – значимость между 1 и 2 группами, p^{**} – значимость между 1 и 3 группами

Заключение. Недостаточность/дефицит витамина Д ассоциируются с более тяжелым течением ОА КС. Данные пациенты значимо чаще имели повышенные значения СРБ, ЩФ, лептина, меньшие размеры хряща в медиальных отделах коленного сустава (по данным УЗИ), у них значимо чаще выявлялся остейт в медиальных отделах БК и ББК при МРТ.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Кдырбаева Ф.Р.

Центр развития профессиональной
квалификации медицинских работников,
Ташкент, Узбекистан

Цель работы. Изучить распространение сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов, состоявших на учете с заболеваниями в семейной поликлинике.

Материалы и методы. Изучение и оценка проводилась в семейной поликлинике г. Ташкента с населением 25250 человек. Данные о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов старше 40 лет, были ретроспективно проанализирована с формы №12, годового статистического отчета «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации».

Результаты обсуждения. Установлено что, в поликлинике, в классе «Болезни системы кровообращения» зарегистрировано 1992 пациентов, наибольшее число составили пациенты с гипертонической болезнью 859 пациентов, в том числе гипертоническая болезнь с поражением органов мишеней 558 пациентов, с ишемической болезнью сердца (стенокардия, острый инфаркт миокарда, повторный инфаркт миокарда, хроническая ишемическая болезнь сердца) 795 пациентов. В течении отчетного года умерло от гипертонической болезни с поражением органов мишеней 14 больных, от ишемической болезни сердца 3 больных и 47 больных с хронической ишемической болезнью сердца. В структуре болезней, с гипертонической болезнью 859, из них в возрасте 65 лет и старше 396 больных, женщин 600 (69,9%). С гипертонической болезнью с пораже-

ем органов мишеней зарегистрировано 582 больных, из них 65 лет и старше 268, женщин 404 (69,4%). На диспансерном учете с гипертонической болезнью с поражением органов мишеней состоит 516 пациенты, в том числе в возрасте 65 лет и старше 253, женщин 353 (68,4%). Из заболеваний сердечно-сосудистой системы с ишемической болезнью сердца зарегистрировано 795, из них 65 лет и старше 374, из них женщин 387 (48,6%). Из них впервые установлены 43, в возрасте 65 и старше 8 больных, женщин 26 (60,4%). Состояло с ишемической болезнью сердца 635 больных, из них в возрасте 65 и старше 265, женщин 295 (46,4%). Взято на учет 160 пациентов из них впервые установленным диагнозом 43 больных. На конец года с диагнозом ишемическая болезнь сердца состояло 659 больных, из них в возрасте 65 лет и старше 245 больных, женщин 326 (49,4%). С диагнозом стенокардия 427, из них в возрасте 65 лет и старше 142, женщин 203 (47,5%). Из них с первые установленным диагнозом 37, из них в возрасте 65 и старше 8 и женщин 25 (67,5%). С диагнозом стенокардия состояло на диспансерном учете на начало года 390, в возрасте 65 лет и старше 134, женщин 178 (45,6%), состоит на конец года 342, в том числе пациенты в возрасте 65 лет и старше 42, женщины 153 (44,7%). С диагнозом острый инфаркт миокарда состояло 4 и снято 4 больных. С диагнозом хроническая ишемическая болезнь сердца зарегистрировано 364 в возрасте 65 лет и старше 228 женщины 184 (50,5%). На конец года состоит 317, в возрасте 65 лет и старше 203 больных, женщин 173 (54,5%).

Выводы. Таким образом, наша работа показала, что в классе «Болезни системы кровообращения» наибольшую распространенность имеют гипертоническая болезнь с поражением органов мишеней и ишемическая болезнь сердца. При всех вышеуказанных заболеваниях, у женщин частота распространенности сердечно-сосудистых заболеваний выше.

ОПЫТ УСПЕШНОЙ ИНИЦИАЦИИ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРОМ ИНТЕРЛЕЙКИНА-17А У БОЛЬНОГО С АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ НА ФОНЕ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ

Ким А.А., Давыдов Д.А., Бручкус Е.А.,
Нестерович И.И.
ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова,
Санкт-Петербург

Цель. Описать редкий клинический случай инициации терапии ингибитором интерлейкина-17А (секукинумаб) у пациента с рентгенографическим аксиальным

спондилоартритом и сопутствующей идиопатической апластической анемией в неполной ремиссии.

Материалы и методы. Клинический случай основан на проспективном анализе данных пациента, наблюдавшегося в НИИ Ревматологии и Аллергологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.

Результаты. Пациент Д., 35 лет, поступил в клинику НИИ Ревматологии и Аллергологии с целью коррекции терапии анкилозирующего спондилита, верифицированного в 2023 году на основании Нью-Йоркских критериев 1984 г. (двусторонний сакроилиит IV ст. по Kellgren, боль и скованность в нижней части спины в течение не менее 3 мес., уменьшающиеся после ЛФК). На момент госпитализации предъявлял жалобы на боль воспалительного характера в поясничном и шейном отделах позвоночника, которую пациент оценивал в 6 баллов по числовой рейтинговой шкале (ЧРШ). Параметры заболевания: С-реактивный белок – 30,32 мг/л, ASDAS-CRP – 3,01, что соответствует высокой активности аксиального спондилоартрита; индекс BASDAI – 2,5. Базисную терапию не получал в связи с серьезным сопутствующим диагнозом: в 2013 году у пациента диагностирована идиопатическая апластическая анемия, проявившаяся панцитопенией в клиническом анализе крови и геморрагическим синдромом. В гемограмме на момент диагностики: эритроциты – $1,86 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин – 63 г/л, лейкоциты – $2,2 \cdot 10^9/л$, тромбоциты – $7 \cdot 10^9/л$. По результатам исследований аспирата и мазков-отпечатков красного костного мозга выявлено трехростковое сужение гемопоэза. Получал лечение циклоспорином, атгамом, на фоне чего показатели крови улучшились, курс лечения не завершился, не наблюдался. В 2016 году в связи с ухудшением показателей клинического анализа госпитализирован, проведен курс терапии циклоспорином с хорошим эффектом, показано обследование для подготовки к аллогенной трансплантации костного мозга, обследование не завершилось, так как чувствовал себя хорошо после проведенного лечения. В ходе обеих госпитализаций пациенту неоднократно проводились трансфузии тромбоконцентрата и эритроцитарной взвеси.

При поступлении в клинический анализе крови: эритроциты – $3,2 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин – 121 г/л, лейкоциты – $2,6 \cdot 10^9/л$, нейтрофилы – $0,99 \cdot 10^9/л$, тромбоциты – $37 \cdot 10^9/л$. Пациент обсужден с гематологом, выполнена трепан-биопсия костного мозга: в биоптате – жировой костный мозг (картина аплазии), констатирована неполная ремиссия идиопатической апластической анемии.

Первой линией терапии анкилозирующего спондилита являются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), однако, в ряду нежелательных реакций препаратов данной группы присутствуют анемия, тромбоцитопения. Также описывают случаи развития лекарственно-индуцированной апластической анемии в ответ на прием НПВП. Подобные нежелательные реакции отсутствуют со стороны таких генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП),

как ингибиторы интерлейкина-17А (секукинумаб), которые представляют вторую линию терапии аксиального спондилоартрита. Но среди нежелательных реакций, возникающих при применении ингибиторов ИЛ-17А, следует отметить лейкопению и повышение частоты инфекционных заболеваний.

Гематологические эффекты НПВП известны давно и достаточно хорошо изучены, а ингибиторы интерлейкина-17А являются относительно новыми препаратами и не имеют столь обширной базы опыта применения. В частности, не удалось найти данных об их применении для лечения аксиального спондилоартрита в сочетании с идиопатической апластической анемией.

По согласованию с гематологами было принято решение инициировать генно-инженерную терапию ингибиторами ИЛ-17А (секукинумаб). Все 4 инъекции препарата пациент перенес удовлетворительно. В ходе инициации терапии каждую неделю проводился контроль клинического анализа крови и ретикулоцитов: абсолютное число эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов оставалось без существенных колебаний. В первый месяц терапии отмечено снижение клинико-лабораторной активности заболевания, интенсивность болей в поясничном и шейном отделах позвоночника оценивалась пациентом в 2 балла по ЧРШ; параметры активности по окончании инициации: С-реактивный белок – 12,17 мг/л, ASDAS-CRP – 2,28, BASDAI – 1,4, BASMI – 0.

В настоящее время продолжает получать препарат по месту жительства с хорошим клинико-лабораторным эффектом; в гемограмме без существенных изменений. С момента начала терапии ГИБП инфекционных заболеваний не переносил.

Вывод. Применение ингибитора интерлейкина-17А (секукинумаб) в данном клиническом случае помогло достичь положительного клинико-лабораторного эффекта, при этом не привело к ухудшению гематологических показателей у пациента с неполной ремиссией идиопатической апластической анемии.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Китоян А.Г., Овсянников Е.С.

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

Цель исследования. Определение эффективности и безопасности тромболитической терапии в зависимости от возраста, сопутствующей патологии и локализации инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST.

Материалы и методы. Обработаны материалы 30 медицинских карт стационарных больных с основным диагнозом «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST». Всем пациентам была проведена тромболитическая терапия. Выборка состояла из 15 женщин и 15 мужчин в возрасте от 35 до 86 лет, средний возраст $64 \pm 11,9$ года. Пациенты были разделены на группы: с эффективной и неэффективной ТЛТ, по возрастному критерию (группа 1 – от 30 до 49 лет; группа 2 – от 50 до 69 лет; группа 3 – от 70 до 89 лет), определены осложнения ТЛТ, также оценивалось наличие сопутствующий заболеваний (сахарный диабет 2 типа и хроническая сердечная недостаточность (ХСН) разных стадий и локализация инфаркта миокарда. Статистическая обработка данных проводилась в программе STATGRAPHICS CENTURION V. Данные представлены в виде средних значений со стандартным отклонением. Для анализа использовалось значение хи-квадрата, достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и 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 тромболитис оказался у 75% в первой возрастной группе, у 88% во второй, у 33% в третьей группе лиц. Установлена статистически достоверная зависимость эффективности ТЛТ от возраста пациентов ($p < 0,01$, коэффициент корреляции Кендалла $-0,41$). Исследована распространенность сопутствующих заболеваний в выборке: зависимость эффективности ТЛТ от наличия сахарного диабета 2 типа или стадии ХСН не выявлена ($p = 0,8421$, $p = 0,3114$). Также различные локализации инфаркта миокарда не повлияли на эффективность тромболитической терапии ($p = 0,0522$).

Выводы. Осложнения тромболитической терапии были обнаружены у 16,67% пациентов, наиболее часто встречающееся – нарушения ритма – 13,33%. Статистически значимой зависимости распространенности осложнений ТЛТ от возраста пациентов не обнаружено, что предполагает вывод о равном соотношении безопасности и риска в различных возрастных группах и исключает ограничения применения ТЛТ у пациентов старшего возраста. Эффективность ТЛТ у пациентов старшей возрастной группы значительно уступает таковой у более молодых пациентов. В ходе исследовательской работы не было выявлено зависимости между эффективностью ТЛТ и наличием СД. Не было выявлено статистически значимых отличий эффективности ТЛТ при различных локализациях инфаркта миокарда.

РОЛЬ ТУССОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ РЕФЛЮКС-ИНДУЦИРОВАННОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Китоян А.Г., Овсянников Е.С.

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

Цель исследования. Выявить распространенность гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) у астматиков и определить влияние противорефлюксной терапии на течение бронхиальной астмы (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.

Выводы. 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.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КАПНОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ОПЕРИРОВАННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Китоян А.Г., Овсянников Е.С.

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

Цель исследования. 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 фиксации.

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, $p < 0,05$).

Выводы. 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.



НАРУЖНАЯ ТЕРАПИЯ АКНЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ БАКТЕРИОФАГОВ

Ключарева С.В., Белова Е.А.,
Нечаева О.С., Аكوпова С.А.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Акне это сложное многофакторное заболевание, которое не зависит от одной бактерии. Некоторые исследования показывают, что здоровые кожные фолликулы представляют собой среду обитания, допускающую заселение только *P. acnes*, тогда как у пациентов с акне обнаружили *Staphylococcus epidermidis* и другие виды бактерий. Грайс Е.А., Сегре Я.А. (Микробиом кожи. *Microbiol.* 2011; 9:244) было показано, что *S. Acnes* сосуществует на поверхности кожи и в волосяном фолликуле с другими видами *Cutibacterium*, включая *Cutibacterium granulosum* и *Cutibacterium avidum*, а также виды, принадлежащие к *Staphylococcus*, *Pseudomonas*, *Corynebacterium* и грибам-комменсалам *Malassezia*. Поэтому в схему лечения акне как правило включают антибиотикотерапию. Но при этом на сегодняшний день одной из актуальных проблем современной медицинской науки является антибиотикорезистентность микроорганизмов. Данное обстоятельство обуславливает рецидивирующее течение акне, торпидность к традиционно применяемым препаратам. Штаммы, связанные с акне, продуцируют значительно более высокие уровни провоспалительных метаболитов, порфиринов, которые генерируют активные формы кислорода и вызывают воспаление в кератиноцитах. В свете этих данных восстановление микробиома кожи при акне является одной из основных задач терапии.

Таким образом, расширение арсенала средств, обладающих антибактериальным действием в отношении патогенных бактерий, имеющих этиологическое значение является весьма актуальным. К таким альтернативным препаратам относятся бактериофаги.

Бактериофаг – «пожиратель бактерий» (phagos «пожираю», греч.) – относится к группе вирусов, который избирательно поглощает бактерии. В природе бактериофаги широко распространены и являются естественными ограничителями распространения бактерий, при этом фагам характерна высокая специфичность в отношении определенного рода бактерий.

Бактериофаги – это вирусы, которые могут заражать и убивать бактерии, но, вероятно, являются наименее изученным компонентом микробиома человека. Присутствие фагов *S. Acnes* на коже человека было впервые описано более 50 лет назад, но достижения в технологии секвенирования сейчас дают нам уникальное представление о роли вирусных сообществ

в здоровье кожи и заболеваниях. Метагеномный анализ показал, что фаги *S. Acnes* более распространены у здоровых людей по сравнению с пациентами с акне, что согласуется с другими культуральными исследованиями количества фагов *S. Acnes* при акне [Фитц-Гиббон С., Томида С., Чиу Б.Х., Нгуен Л., Ду К., Лю М. и др. Популяции штамма *Propionibacterium acnes* в микробиоме кожи человека ассоциированы с акне. *J Invest Dermatol.* 2013;133:2152-60.]. Интересно, что более высокое относительное содержание фагов было обнаружено у пожилых людей, что может объяснить, почему распространенность акне снижается с возрастом. Несмотря на то, что фаготерапия используется в Восточной Европе более века и, как сообщается, безопасна и эффективна, отсутствуют данные о фаготерапии, предназначенной специально для лечения акне.

Цель исследования. Оценка клинической эффективности препарата Фагодерм гель – (комплекс из 72 живых бактериофагов) у пациентов с акне папулопустулезной формы.

Материалы и методы. В двойном слепом рандомизированном клиническом исследовании сравнивали клиническую эффективность и переносимость двух препаратов: Фагодерм гель и клиндамицина фосфат, гель 1% в группе из 63 пациентов с акне (51 женщина и 12 мужчин), средний возраст 25 лет. Все пациенты были распределены на две группы случайным образом.

Пациенты отвечали следующим критериям: взрослые пациенты (старше 18 лет) с умеренным полиморфным акне (2–3 балла по шкале GEA).

Препараты наносили 2 раза в день в течение 2 мес. Оценка включала клиническое обследование с подсчетом общего количества и типированием элементов акне, а также анализ фотографий. Тест на переносимость и самооценку проводили через 2 и 4, 8 недель.

Оценивалась эффективность, переносимость у всех пациентов, а так же индекс качества жизни (ДИКЖ), глобальная оценка терапевтического эффекта (ГОТЭ).

Результаты исследования. В результате проводимой терапии у всех пациентов был отмечен положительный результат: в первой группе уже через 14 дней было отмечено снижение количества папул на 29,7%, а пустул на 46,7%, через 8 недель уменьшение количества папул на 82% и пустул на 94,4%, что говорит о значимом положительном эффекте от проводимой терапии. Во второй группе через 8 недель уменьшение количества папул на 56% и пустул на 46%, что говорит о значительно худшем эффекте от проводимой терапии (в среднем отличия составили 35%).

Отдаленные результаты анализа качества жизни больных основной и группы сравнения показал, что все показатели уменьшились в 3 раза: по сумме баллов в основной группе до лечения было 12 балла и через 8 недель уменьшился до 4,0. Была отмечена хорошая переносимость терапии и высокий уровень комплаентности.

При оценке глобального терапевтического эффекта (ГОТЭ) были получены достоверные положительные результаты: уже на 14 день лечения в первой группе половина пациентов отметила хорошую эффективность 2,1 балла, а через 8 недель практически все оценили терапевтическую эффективность на 3,0 балла из 3, в группе сравнения были получены другие результаты: через 4 недель – 1,9 балла и через 8 недель – 2,2 соответственно, что значительно ниже, чем в первой группе.

Заключение. Таким образом, лечение папулопустулезной формы акне с применением наружно препарата Фагодерм гель позволяет добиться положительных результатов. Наружное применение бактериофагов позволяет в более быстрые сроки добиться улучшения клинической картины в виде регресса папулопустулезных элементов, чем применение наружно клиндамицина фосфат, гель 1%.

Фагодерм гель – это комплекс из 72 полезных живых бактериофагов, проявляет свою высокую результативность там, где не помогают даже самые сильные антибиотики, его можно поставить в ряд средств первого выбора при акне либо вместе с антибиотиками, либо в качестве поддерживающего ухода при умеренном полиморфном акне.

Бактериофаги поддерживают уникальный индивидуальный баланс микрофлоры кожных покровов. Снижает риск рецидивирования заболевания. Гель находится во флаконе с вакуумным дозатором, это позволяет максимально сохранить полезные свойства геля.

Бактериофаги, содержащиеся в геле – специальные бактерии, которые избирательно пожирают патогенные бактерии, в том числе те, которые вызывают угревую болезнь и прочие заражения кожи, при этом сохраняют ее естественный микробиом. Тогда, когда лечение антибиотиками убивает «полезные и вредные» бактерии, бактериофаги борются лишь с патогенными.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ОЖИРЕНИЕМ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

Князева А.И., Шишкин А.Н.

Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург

Эндотелиальная дисфункция (ЭД) представляет собой патологическое состояние, характеризующее дисбалансом между веществами с сосудорасширяющими, антимиогенными и антитромбогенными свойствами и веществами с сосудосуживающими, протромботическими и пролиферативными характеристиками. Известно, что ЭД является важным патогенетическим

звеном при COVID-19, также определено ее значение в развитии ишемической болезни сердца (ИБС) и ожирения. Изучение изменений лабораторных и инструментальных маркеров ЭД при ИБС и ожирении в постковидном периоде может способствовать замедлению поражения сердечно-сосудистой системы и предотвращению развития осложнений среди данных больных.

Цель. Проведение оценки маркеров эндотелиальной дисфункции у больных ишемической болезнью сердца с ожирением в постковидном периоде для оптимизации тактики ведения этих пациентов.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 64 пациента. В первую группу вошли 34 человека (16 женщин и 18 мужчин, средний возраст – 62,1±7,1 лет) с ИБС и ожирением, год назад перенесших коронавирусную инфекцию, подтвержденную методом амплификации нуклеиновых кислот (ПЦР). Вторая группа включала 30 лиц (14 мужчин и 16 женщин, средний возраст – 61,0±11,1 лет), страдающих ИБС и ожирением. Средний индекс массы тела пациентов первой группы равнялся 31,96±1,55 кг/м² и во второй группе составил 31,92±1,29 кг/м². В группах проводили анализ и сравнение анамнестических данных, цифр артериального давления, уровней С-реактивного белка (СРБ), мочевой кислоты, общего холестерина. Проба с реактивной гиперемией проводилась с использованием ультразвукового аппарата Philips EPIQ 7 (США) с линейным датчиком диапазоном частот 5.9-17.3 МГц.

Результаты и обсуждение. Во второй группе систолическое давление составило 125,7±19,2 мм рт. ст., диастолическое давление – 78,3±10,7 мм рт. ст. Среди пациентов в первой группе систолическое давление было 139,7±17,5 мм рт. ст., диастолическое – 85,2±10,3 мм рт. ст. У пациентов первой группы были отмечены более высокие уровни систолического артериального давления чем у больных второй группы (p=0,043). Среди лиц мужского и женского пола в постковидном периоде отмечалась тенденция к большей частоте артериальной гипертензии, которая встречалась у 68,8% пациентов второй группы и 83,3% лиц первой группы. Сахарный диабет 2 типа выявлялся у 32,4% пациентов в группе лиц, перенесших COVID-19, у пациентов второй группы был отмечен у 23,3%, однако различия между группами были статистически не значимыми (p=0,462). Повышение СРБ было обнаружено у 55,9 % пациентов второй группы и 63,3% больных первой группы, среднее значение СРБ в обеих группах значимо не отличалось (p=0,876). Уровень мочевой кислоты имел тенденцию к повышению у лиц с ИБС и ожирением в постковидном периоде и превышал нормальные значения у лиц женского пола – 349,35±17,55 ммоль/л, у пациентов-мужчин составил 387,75±19,75 ммоль/л, однако значимых различий по сравнению с пациентами, страдающими ИБС и ожирением (у мужчин показатель мочевой кислоты 341,20±21,44 мкмоль/л и 325,18±17,80 мкмоль/л – у лиц женского пола) не выявлено. В обеих группах наблюдались изменения уровня общего холестерина, который

составил $6,3 \pm 0,96$ ммоль/л у больных в первой группе и $6,1 \pm 1,25$ ммоль/л у лиц во второй группе. Прирост диаметра плечевой артерии при проведении пробы с реактивной гиперемией у пациентов в первой группе был достоверно ниже и равнялся $5,76 \pm 0,99\%$ ($p=0,025$), у лиц второй группы – $11,15 \pm 1,51\%$. Обнаружена корреляционная связь между уровнем мочевой кислоты и эндотелий зависимой вазодилатацией плечевой артерии у пациентов первой группы ($r_s=-0,69$, $p=0,045$). У обследованных больных ИБС с ожирением, перенесших коронавирусную инфекцию отмечались значимо более высокие уровни систолического артериального давления и тенденция к большей частоте артериальной гипертензии, нарушения пуринового обмена среди женщин, меньший прирост диаметра плечевой артерии при пробе с реактивной гиперемией, что характеризует более выраженную дисфункцию эндотелия у лиц в постковидном периоде.

Выводы. 1. У пациентов с ИБС и ожирением в постковидном периоде выявлены более высокие уровни систолического артериального давления по сравнению с лицами, не перенесшими COVID-19. 2. При проведении пробы с реактивной гиперемией была обнаружена менее выраженная эндотелий зависимая вазодилатация плечевой артерии в группе пациентов с ИБС и ожирением, перенесших коронавирусную инфекцию. 3. Увеличение уровня мочевой кислоты у больных в постковидном периоде было взаимосвязано с нарушением эндотелий зависимой вазодилатации плечевой артерии.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛОКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ МИКРОГЕТЕРОГЕННЫМ КОЛЛАГЕНСОДЕРЖАЩИМ БИОИМПЛАНТАТОМ И ВЫСОКОМОЛЕКУЛЯРНЫМ ГИАЛУРОНАТОМ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

Князева Л.А.¹, Бекмурзода С.Б.²,
Князев И.С.²

¹ООО «Медицинский центр»,
г. Курск,

²Таджикский государственный медицинский
университет им. Абу Али ибни Сино,
г. Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Провести сравнительную оценку эффективности внутрисуставного введения микрогетерогенного коллагенсодержащего биоимплантата (МГКБИ) и высокомолекулярного гиалуроната (ВМГК) при остеоартрите (ОА) голеностопного сустава.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 57 пациентов с ОА голеностопного сустава II ст. по Kellgren, средний возраст составил $42,3 \pm 2,8$ лет. Допускалось применение пациентами целококсиба в дозе 100 мг 2 раза в день по мере необходимости. В зависимости от проводимой терапии пациенты были разделены на 2 группы: пациентам первой группы ($n=28$) были проведены 2 последовательные инъекции МГКБИ (размер микрочастиц сшитой фракции коллагена не более 100-200 мкм) с интервалом в 2 недели между ними, пациентам второй группы ($n=29$) 2 инъекции ВМГК (молекулярная масса 6 мегадальтон – 2 мл) в голеностопный сустав под УЗ контролем. Уровень интенсивности болевого синдрома оценивали при помощи визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), повседневную и функциональную активность оценивали с помощью индекса Лекена. Определение вышеуказанных показателей производилось дважды: до начала локальной терапии и через 4 недели после проведения последней внутрисуставной инъекции МГКБИ или ВМГК.

Результаты и обсуждение. На момент включения в исследование среднее значение уровня интенсивности боли по ВАШ у пациентов с ОА голеностопного сустава в группе МГКБИ составило $8,8 \pm 3,2$, в группе пациентов ВМГК – $8,4 \pm 3,3$. Значение индекса Лекена до начала локальной терапии в первой группе пациентов составило $6,7 \pm 1,3$, во второй группе – $6,8 \pm 1,6$. Через 4 недели после проведения последней внутрисуставной инъекции в голеностопный сустав под УЗ контролем показатель ВАШ в группе МГКБИ составил $6,1 \pm 2,5$, а в группе ВМГК – $7,3 \pm 2,4$. При оценке динамики индекса Лекена в группе МГКБИ отмечалось снижение среднего значения изучаемого показателя до $4,2 \pm 2,1$, в группе ВМГК до $5,8 \pm 2,8$. Следует отметить, что потребность в приеме целококсиба была существенно ниже в группе пациентов, получавших внутрисуставные инъекции МГКБИ. Локальная терапия хорошо переносилась, нежелательных явлений, потребовавших исключения пациентов из исследования не отмечалось.

Выводы. Полученные в ходе исследования результаты свидетельствуют о наличии различий в выраженности положительной динамики показателя ВАШ и индекса Лекена между наблюдаемыми группами пациентов. Применение МГКБИ для внутрисуставных инъекций у пациентов с ОА голеностопного сустава способствовала более значимому снижению интенсивности боли и увеличению объема движений в пораженном суставе, в сравнении с пациентами, получавшими вискозаплементарную терапию с применением ВМГК, что вероятно связано с реализацией регенераторного потенциала МГКБИ после завершения курса локальной терапии.



СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ФЕНОТИПЕ ОСТЕОАРТРИТА

Князева Л.А.¹, Бекмурзода С.Б.²,
Князев И.С.²

¹ООО «Медицинский центр»,
г. Курск,

²Таджикский государственный медицинский
университет им. Абу Али ибни Сино,
г. Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Провести сравнительную оценку эффективности комбинированной терапии с применением нестероидных противовоспалительного препарата (НПВП) и гликозаминогликан-пептидного комплекса (ГАГПК), а также комбинации диацеририна с ГАГПК у пациентов с воспалительным фенотипом остеоартрита (ОА).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 132 пациента с воспалительным фенотипом ОА (персистирующий синовит в сочетании с упорным болевым синдромом) с преимущественным поражением коленных суставов. У 62 пациентов имела место II ст. ОА по Kellgren, у 70 пациентов III ст. ОА по Kellgren. Средний возраст составил $62,5 \pm 2,8$ лет. В зависимости от проводимой терапии пациенты были разделены на 2 группы: пациентам первой группы ($n=66$) в течение 6 месяцев получали диацериин в дозе 100 мг в сутки и однократный курс, состоящий из 25 внутримышечных инъекций ГАГПК, пациенты второй группы ($n=66$) получали НПВП по требованию в сочетании с аналогичным курсом ГАГПК. Уровень интенсивности болевого синдрома оценивали при помощи визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), повседневную и функциональную активность оценивали с помощью индекса Лекена. Определение вышеуказанных показателей производилось дважды: до начала терапии и через 6 месяцев после лечения. Курс инъекций ГАГПК пациентам проводился в первый месяц наблюдения.

Результаты и обсуждение. На момент включения в исследование среднее значение уровня интенсивности боли по ВАШ у пациентов с воспалительным фенотипом ОА коленных суставов в I группе составило $8,4 \pm 3,6$, во II группе пациентов – $8,6 \pm 3,7$. Значение индекса Лекена до начала локальной терапии в первой группе пациентов составило $6,6 \pm 1,3$, во второй группе – $6,7 \pm 1,5$. Через 6 месяцев после наблюдения показатель ВАШ в группе составил $6,2 \pm 2,1$, а во II группе – $7,5 \pm 2,9$. При оценке динамики индекса Лекена в I группе отмечалось снижение среднего значения изучаемого показателя до $4,4 \pm 2,3$, во II группе – до $5,3 \pm 2,4$. Следует отметить, что потребность в

приеме НПВП была существенно ниже в группе пациентов, получавших диацериин. По данным УЗ контроля в I группе пациентов явления синовита купировались в 20% случаев к 8 неделе лечения и в 56% – к 12 неделе терапии, в то время, как у пациентов II группы к 8 неделе терапии регресс синовиального синдрома отмечался только у 12% пациентов и у 25% к 12 неделе наблюдения.

Выводы. Полученные в ходе исследования результаты свидетельствуют о большей эффективности планомерной комбинированной терапии диацерином и ГАГПК в сравнении с применением НПВП в режиме «по требованию» с инъекциями ГАГПК, как в отношении болевого, так и синовиального синдромов при воспалительном фенотипе ОА.

ДИНАМИКА СЧЕТА ЭРОЗИЙ В СУСТАВАХ КИСТЕЙ И СТОП ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ НАБЛЮДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Коваленко П.С., Дыдыкина И.С., Смирнов А.В.,
Диатроптов М.Е., Глухова С.И.
Научно-исследовательский институт
ревматологии им. В.А. Насоновой,
Москва

Цель работы. Оценить динамику изменений счета эрозий в суставах кистей и стоп у пациентов с ревматоидным артритом при длительном наблюдении.

Материалы и методы. В открытое, проспективное, когортное исследование включены 107 женщин с достоверным диагнозом ревматоидного артрита (РА) (ACR 1987, EULAR/ACR 2010), средний возраст $63,7 \pm 8,3$ лет, длительность РА исходно $14,3 \pm 9,8$ лет, проходившие амбулаторное или стационарное обследование в 2010-2014 гг. (длительность наблюдения $9,5 \pm 1,9$ лет). Проведено общепринятое клиническое обследование, выполнена исходно и в динамике рентгенография дистальных отделов кистей и стоп в прямой проекции (с оценкой счета эрозий и суженных щелей по методу Шарп/Ван дер Хейде), рентгеновская денситометрия основных отделов скелета. При выполнении иммунологического анализа определялись АЦЦП, РФ, СРБ, ИЛ-6, ММП-3, а также остеоиммунологические маркеры (остеокальцин, остеопротегерин, RANKL, CTX-1, VAP).

Результаты. В целом по группе отмечено достоверное ($p < 0,0001$) увеличение счета эрозий: $16,0 [3,0; 44,0]$ vs $16,0 [5,0; 64,0]$ – данные представлены в формате Ме [25%; 75%]. Увеличение счета эрозий наблюдалось у 54 пациентов, в то время как стабилизацией этого показателя отмечалась у 48 че-

людей. При сравнении этих групп пациентов (с увеличением (группа 1) или стабилизацией счета эрозий (группа 2) за изучаемый период) было установлено, что в группе 1 были исходно более молодые пациенты: $52,9 \pm 9,9$ vs $56,3 \pm 7,1$ лет ($p=0,02$). В группе 1 (увеличение счета эрозий) пациенты достоверно чаще были позитивными по РФ и АЦЦП: 44 (81,5%) vs 24 (50%) ($p=0,0007$) и 42 (77,8%) vs 28 (58,3%) ($p=0,03$), соответственно. Исходно пациенты в группе 1 имели более высокие уровни ММП-3 и ИЛ-6, чем во 2-ой группе: $55,5 [19,5; 119,5]$ vs $23,8 [14; 68]$ нг/мл ($p=0,02$) – для ММП-3 и $7,5 [2,9; 21,8]$ vs $5,9 [0,3; 9,6]$ пг/мл ($p=0,01$) – для ИЛ-6. Корреляционный анализ также выявил достоверную связь между счетом эрозий исходно и исходными уровнями ММП-3, ИЛ-6. Выявлена прямая связь между счетом эрозий при повторном обследовании и уровнем ММП-3 в динамике.

Выводы. Как показал предварительный анализ результатов длительного наблюдения пациентов с РА, более молодой возраст, позитивность по РФ и АЦЦП, более высокие исходные уровни ММП-3 и ИЛ-6 - ассоциируются с увеличением счета эрозий.

ВТОРИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ И ФИБРИЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ ХБП 5DC

Колмакова Е.В., Аниконова Л.И., Исачкина А.Н.,
Самохвалова Н.А., Рихау Ю.В.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Частота фибрилляции предсердий (ФП) у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) существенно выше, чем в популяции. По данным ряда авторов каждый 5 пациент с ХБП имеет впервые диагностированную ФП. Патогенез развития ФП при ХБП до конца не ясен. Одной из причин ее развития являются нарушения фосфорно-кальцевого обмена характерные для пациентов с ХБП уже на ранних этапах его развития. По мере прогрессирования ХБП эти изменения нарастают, начало заместительной почечной терапии не решает этой проблемы.

Цель работы. Выяснить частоту ФП у пациентов, получающих хронический гемодиализ и определить влияние вторичного гиперпаратиреоза в развитии и характере течения ФП.

Обследовано 684 пациента, получающих заместительную почечную терапию (ЗПТ) методом хронического гемодиализа на отделениях диализа №1 и №2 СЗГМУ им. И.И. Мечникова. ФП отмечена у 38 пациентов, что составило 5,55%. Распространенность ФП в общей популяции составляет 1-2%. Мужчин 12. Женщин 26. Возраст $70,51 \pm 4,98$ лет. Длительность ЗПТ

составила $9,39 \pm 5,21$ лет (от 5 до 329 месяцев). У 20 пациентов ФП развилась до начала ЗПТ. Всем пациентам при плановом обследовании проводилось определение адекватности гемодиализа, по критерию Kt/V , клинический анализ крови, электролитный состав крови (калий, натрий, хлор, кальций общий, фосфор) ежемесячно, уровень ПТГ раз в квартал. Все пациенты получали гемодиализ в адекватной дозе. Уровень интактного ПТГ составил $417,49 \pm 231,78$ пг/мл (N-11-67 пг/мл). Уровень ПТГ в пределах референсных значений отмечен у 4 человек, у 3 из них ранее было выполнено оперативное лечение. Следует отметить, что целевые значения ПТГ для пациентов ХБП 5DC составляют 150-300 пг/мл. Среди обследованных нами пациентов уровень ПТГ превышал данные значения у 14 из 38 пациентов. Уровень фосфатов составил $1,89 \pm 0,53$ ммоль/л. У 29 пациентов их уровень превышал целевые значения (0,87-1,49 ммоль/л). Кальций общий, скорректированный при снижении уровня альбумина менее 40 г/л, составил $2,27 \pm 0,39$ ммоль/л. У 3 пациентов отмечалась минимальная гипокальциемия (уровень кальция менее 2,00 ммоль/л). У 4 пациентов отмечалась гиперкальциемия (уровень кальция более 2,5 ммоль/л). Максимальный уровень составил 3,46 ммоль/л. Кальций-фосфорное произведение составило $4,34 \pm 0,96$ ммоль²/л². Превышение его более $4,44$ ммоль²/л² отмечено у 12 пациентов.

У пациентов, получающих ЗПТ методом гемодиализа ФП развивается чаще, чем в общей популяции. Одной из причин ее развития являются нарушения фосфорно-кальцевого обмена и связанный с ними вторичный гиперпаратиреоз. Коррекция уровня ПТГ не решает этой проблемы, так как даже при «нормальном» его уровне сохраняется в первую очередь гиперфосфатемия, что подтверждается нашими данными. Однако следует отметить, что возраст всех пациентов с ФП в наших центрах превышал 54 года. Согласно многочисленным клиническим исследованиям, риск развития ФП повышается у лиц старше 40 лет и в возрасте 80 лет достигает 5-15%. То есть приближается к выявленной распространенности на диализе. Следует отметить, что у нас не подтвердилось мнение о более широком распространении ФП у мужчин. В нашем исследовании они составили лишь треть случаев. Так же не нашло свое подтверждение более частое развитие ФП у пациентов с сахарным диабетом.

Выводы. С учетом увеличения возраста пациентов, получающих ЗПТ методом гемодиализа, следует ожидать возрастания числа пациентов имеющих ФП. Ведущее значение для коррекции вторичного гиперпаратиреоза у данной группы пациентов играет борьба с гиперфосфатемией. Для снижения уровня фосфатов наряду с четким контролем уменьшения поступления фосфатов с пищей (диета !!!) используются фосфат-биндеры, лучше некальцийсодержащие, и изменение режима диализа – увеличение времени и частоты диализной сессии.

СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ АНТИСИНТЕАЗНОГО СИНДРОМА, СИНДРОМА ШЁГРЕНА И СПОРАДИЧЕСКОГО МИОЗИТА С ВКЛЮЧЕНИЯМИ

Коломейчук А.А., Хелковская-Сергеева А.Н.,
Ананьева Л.П., Бабак В.В., Никишина Н.Ю.

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

Цель исследования. Спорадический миозит с включениями (СМВ) – редкое заболевание из группы идиопатических воспалительных миопатий, характеризующееся медленным, неуклонно прогрессирующим течением и имеющее два основных звена патогенеза: дегенеративное и воспалительное, с аутоиммунными чертами. Отличается особым распределением мышечной слабости, преимущественно четырехглавых мышц бедер и мышц-сгибателей пальцев кистей. Поздний дебют заболевания (после 50 лет), отсутствие внемышечных проявлений и медленный темп прогрессирования затрудняют верификацию диагноза. СМВ может сочетаться с другими аутоиммунными болезнями, в первую очередь, с синдромом Шёгрена.

Цель. Описание случая сочетания антисинтеазного синдрома (АСС), синдрома Шёгрена (СШ) и спорадического миозита с включениями (СМВ).

Материалы и методы. Пациентка К., 55 лет, госпитализирована в НИИР в 2020 г. с жалобами на мышечную слабость верхних и нижних конечностей, затруднение при ходьбе, подъеме по лестнице, одышка при умеренной физической нагрузке, сухость во рту и глазах.

Дебют заболевания с 2000 г., с того времени периодически стала отмечать появление артрита, лихорадки, двухфазного синдрома Рейно, трещинок на пальцах по типу «рука механика». С 2008 г. – сухость во рту и глазах. С 2009 г. – проксимальная мышечная слабость нижних конечностей, частые падения, одышка при физической нагрузке, нарастание сухости во рту и глазах. С 2017 г. – слабость в кистях.

По данным компьютерной томографии органов грудной клетки: интерстициальные изменения в легких <20%. По данным лабораторных анализов: АНФ her-2 1:640 цитоплазматический тип, a-Jo-1 >200 Ед/мл, a-Ro >200 Ед/мл, a-La >200 Ед/мл, КФК максимально 1000 ед/л, АЛТ 57 ед/л, АСТ ед/л. Осмотрена офтальмологом: сухой кератоконъюнктивит 3 ст. Осмотрена стоматологом: частичная вторичная адентия, сиалометрия 2.0 мл (норма не менее 2.5 мл). По данным сиалографии: паренхиматозный сиалоаденит. Установлен диагноз АСС в сочетании с СШ.

Проводилась терапия глюкокортикоидами (48 мг метилпреднизолона с последующим снижением до

4 мг в сутки), циклофосфан (суммарная доза 3 г), микофенолата мофетил 1 г в сутки, метотрексат 20 мг в неделю, ритуксимаб (суммарная доза 15 г с интервалом введения 1 раз в 6 месяцев), внутривенный человеческий иммуноглобулин (суммарная доза 15 г).

На фоне проводимой терапии купирован артрит, уменьшились проявления сухости во рту и глазах, интерстициальное заболевание легких не прогрессировало, однако мышечная слабость в бедрах медленно и неуклонно прогрессировала, а на восьмом году болезни присоединилась слабость в сгибателях кисти. Пациентка консультирована неврологом, исключена невропатия как причина мышечной слабости, электромиографически подтвержден первично-мышечный уровень поражения во всех мышцах. В связи с нетипичным течением АСС была выполнена МРТ мышц бедер и голеней: в режиме T1-грубая гипотрофия усиление сигнала в виде асимметричной жировой перестройки передней группы бедер с относительной сохранностью прямой мышцы, в голенях-жировая перестройка медиальной головки икроножной мышцы. В корональной проекции наиболее выражена перестройка в дистальных отделах бедер. В режиме T2STIR минимальное усиление сигнала (отек) в передней группе мышц бедер. МР-паттерн соответствовал СМВ. Таким образом, у пациентки с достоверным диагнозом АСС, СШ причиной неуклонно прогрессирующей мышечной слабости является СМВ, удовлетворяющий классификационным критериям идиопатических воспалительных миопатий EULAR/ACR 2017.

Результаты и обсуждение. Сочетание трех ревматических заболеваний встречается редко, а сочетание АСС, СМВ и СШ до настоящего времени не было описано. В течении болезни прослежено два периода: первый, когда преобладали проявления АСС и СШ (и был ответ на терапию), и, второй, когда доминируют симптомы СМВ и все методы применяемой терапии не эффективны. В настоящее время медикаментозная терапия СМВ не разработана. Важно отметить, что глюкокортикоиды (в том числе высокие дозы) и иммуносупрессанты не эффективны. Глюкокортикоиды способствуют увеличению темпов прогрессирования мышечной слабости и развитию необратимых повреждений (асептические некрозы, остеопоретические переломы), что неблагоприятно влияет на функциональный статус пациентов. Пациентам с СМВ показана лечебная физкультура и реабилитация.

Выводы. Значительной части пациентов со СМВ в ранней стадии заболевания устанавливается диагноз полимиозита и проводится стандартная иммуносупрессивная терапия. Отсутствие эффекта от лечения приводит к пересмотру диагноза. МРТ мышц бедер и голеней может служить полезным инструментом в диагностике СМВ, так как уже на ранней стадии болезни формируется типичный МР-паттерн.

К ВОПРОСУ О РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И ИСХОДАХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ (СКВ)

**Комаров В.Т., Лавренова М.А.,
Григорьева О.Г., Хичина Н.С.**
Пензенская областная клиническая
больница им. Бурденко,
г. Пенза

Трудность ранней диагностики СКВ обусловлена разными клиническими и лабораторными проявлениями, но раннее назначение лечения значительно улучшает исходы СКВ.

Цель. Анализ ранних клинико-лабораторных проявлений в диагностике (СКВ) и исходов в зависимости от сроков развития заболевания.

Материал и методы исследования. За двухлетний период нами наблюдались 34 пациента (32 женщины и 2 мужчин, средний возраст 47,7 года) с СКВ, находившихся на лечении в отделении ревматологии, из них: острого течения – 6, подострого – 20, хронического – 8, умерших не было. Диагноз СКВ ставился согласно классификационным критериям EULAR/ACR, 2019, индекс Следай у пациентов в среднем составил 9,9 баллов. Другими проявлениями СКВ, кроме входивших в критерии заболевания, отмечены: флеботромбоз, аваскулярный некроз бедренных костей, вторичный синдром Шегрена. Пациентам определяли: общий анализ крови и мочи, суточную потерю белка, СКФ, комплемент, антинуклеарный фактор (АНФ) крови, антитела к двуспиральной ДНК и кардиолипинам класса Jg G. Инструментальная диагностика включала в себя ультразвуковое исследование почек, сердца и плевральных полостей.

Результаты и обсуждение. Проведен анализ ранних клинико-лабораторных проявлений СКВ. Установлен срок установки ранних признаков СКВ, который составил 4,4 года. Начало заболевания с суставного синдрома отмечено у 41,2% пациентов, с поражением кожи – у 23,8%, с лихорадки – 18%, с поражения почек – у 11,8%. Заболевание также начиналось с других клинических проявлений: полинейропатии, синдрома Рейно, цереброваскулита, невынашения беременности примерно в 9% случаев. У 91% пациентов болезнь начиналась с гематологических проявлений: анемия – 44%, лейкопения – 30%, тромбоцитопения – 17%. При постановке диагноза при иммунологическом исследовании у всех больных выявлен АНФ гомогенного типа свечения в титре более 1/320, антитела к двуспиральной ДНК в среднем более 56 ед/л., у 1/4 больных выявлены антитела к кардиолипинам класса JgG, антитела к SS|A и SS|B и антиген Смита выявлены у 1/5 пациентов.

Проведен анализ исходов СКВ в сроке до 5 лет: у 4 больных развился цереброваскулит с ОНМК, у 1/2 пациентов – волчаночный нефрит, один пациент получает за-

местительную почечную терапию. У пациентов с СКВ в сроке заболевания более 5 лет: у 1/2 больных развилась артериальная гипертония, у 2 пациентов – острый инфаркт миокарда. Все пациенты получали лечение ГКС в первоначальной дозе от 32 мг в сутки в средней поддерживающей дозе 7,5 мг, гидроксихлорохин 200 мг в сутки, 1/2 пациентов получали циклофосфан, мофетила микофенолат 2 г в сутки, 1/4 пациентов получала пульстерапию метипредом 3000 мг в течение 3 суток, 5 пациентов получала программированную терапию ритуксимабом 1000 мг внутривенно капельно один раз 2 недели. Как следствие получения ГКС эта группа пациентов страдала хоть одним из коморбидных заболеваний: катаракта, стероидная миопатия, артериальная гипертония, системный остеопороз с переломами костей, гипергликемия

Выводы. Таким образом, ревматологам следует обращать внимание на ранние проявления СКВ: поражение кожи, суставов. лихорадку с гематологическими нарушениями и проводить своевременную иммунологическую диагностику. Исходы СКВ полностью зависят от сроков заболевания.

ВЛИЯЕТ ЛИ ГИПОТИРЕОЗ НА 10-ЛЕТНИЙ РИСК СМЕРТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ПРИЧИН У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ?

**Кондратьева Л.В., Панафидина Т.А.,
Горбунова Ю.Н., Попкова Т.В.**
Научно-исследовательский институт
ревматологии им. В.А. Насоновой,
Москва

В популяционных исследованиях гипотиреоз ассоциируется с развитием сердечно-сосудистых осложнений атеросклероза, а также смерти от них. Однако его вклад в данные аспекты при ревматоидном артрите (РА) не известен.

Цель. Оценить влияние гипотиреоза на традиционные факторы риска и риск смерти от сердечно-сосудистых событий в последующие 10 лет с помощью шкалы mSCORE (modified Systematic COronary Risk Evaluation) у пациентов с РА.

Материал и методы. В исследование включено 138 больных (117 женщин и 21 мужчина). Критерии включения: наличие информированного согласия, возраст от 45 до 65 лет, достоверный диагноз РА (по критериям ACR/EULAR 2010 г.), длительность заболевания не менее 1 года. Критерии исключения: беременность и лактация, сопутствующий сахарный диабет, прием сахароснижающих препаратов или гипергликемия натощак в момент обследования, тиреотоксикоз, сердечно-сосудистые осложнения в анамнезе (инфаркты миокарда, операции по реваскуляризации миокарда – стентирование

коронарных артерий, аортокоронарное шунтирование, острые нарушения мозгового кровообращения, клинически значимый атеросклероз периферических артерий), хроническая болезнь почек 3-5 стадии.

Медиана возраста пациентов составила 57 [52; 61] года, длительности заболевания – 7,5 [4; 15] лет. Большинство больных были серопозитивными по ревматоидному фактору (81,9%) и антителам к циклическому цитруллинированному пептиду (82,6%), имели высокую (34,8%) или умеренную (46,4%) активность РА по индексу DAS28. Метотрексат получали 69 (50,0%) пациентов, другие базисные противовоспалительные препараты (БПВП) – 38 (27,5%), генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) – 40 (29,0%). Глюкокортикоиды (ГК) принимали 69 (50,0%) больных, в средней дозе в пересчете на преднизолон 5 [5; 7,5] мг/сут.

У всех участников исследования оценивали традиционные факторы риска сердечно-сосудистых осложнений: возраст, пол, уровень общего холестерина, наличие артериальной гипертензии (АГ), избыточного веса (индекс массы тела ≥ 25 кг/м²), статус курения. 10-летний риск смерти от сердечно-сосудистых причин рассчитывали по шкале mSCORE: сумма баллов ≥ 5 соответствовала высокому и очень высокому риску, от 1 до 4 – умеренному риску, 0 баллов – низкому риску.

Гипотиреоз диагностировали при наличии в мед документах указания на уровень тиреотропного гормона выше верхней границы референтного интервала или при продолжающейся заместительной гормональной терапии левотироксином.

Пациенты были разделены на две группы: в группу 1 вошли 23 пациента с сопутствующим гипотиреозом, в группу 2 – 115 больных с нормальной функцией щитовидной железы (эутиреозом).

Результаты. Пациенты обеих групп были сопоставимы по возрасту (57 [51;60] лет в группе 1 и 57 [52; 61] лет в группе 2), активности РА (DAS28=4,8 [3,5; 5,6] баллов и 4,6 [3,6; 5,3] баллов), проводимой терапии (в группе с гипотиреозом метотрексат получали 12 (52,2%) больных, другие БПВП – 5 (21,7%), ГИБП -7 (30,4%), ГК – 9 (39,1%), в группе с эутиреозом – 57 (49,6%), 33 (28,7%), 33 (28,7%) и 60 (52,2%) участников, соответственно). Доля мужчин в группе 1 составила 4,3%, в группе 2 – 17,4%, курильщиков – 4,3% и 9,6%, АГ имели 13 (56,5%) и 49 (42,6%) больных, избыточный вес – 13 (56,5%) и 76 (66,1%), уровень холестерина в крови был равен 6,0 [5,2; 7,2] ммоль/л и 5,6 [4,9; 6,6] ммоль/л, соответственно ($p > 0,05$ во всех случаях). Высокий и очень высокий риск по шкале mSCORE выявлен у 5 (21,7%) пациентов в группе 1 и 28 (24,3%) – в группе 2, умеренный риск – у 16 (69,6%) и 79 (68,8%) больных ($p > 0,05$). Левотироксин принимали 13 (56,5%) из 23 пациентов с гипотиреозом. Сумма баллов по mSCORE не различалась у больных РА с сопутствующим гипотиреозом, получающих заместительную гормональную терапию (2,3 [1,5; 4,5]) и без нее (1,5 [1,5; 4,5]).

Выводы. У пациентов с РА от 45 до 65 лет сопутствующий гипотиреоз не влиял на частоту традиционных кардиоваскулярных факторов риска и оценку 10-летнего риска смерти от сердечно-сосудистых причин по шкале mSCORE. При РА заместительная гормональная терапия левотироксином сопутствующего гипотиреоза не приводила к снижению риска по mSCORE.

ВЛИЯЕТ ЛИ ГИПОТИРЕОЗ НА 10-ЛЕТНИЙ РИСК РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ?

Кондратьева Л.В., Горбунова Ю.Н.,
Панафидина Т.А., Попкова Т.В.
Научно-исследовательский институт
ревматологии им. В.А. Насоновой,
Москва

Цель. Оценить влияние гипотиреоза на традиционные факторы риска нарушений углеводного обмена и риск развития сахарного диабета 2 типа в последующие 10 лет с помощью шкалы FINDRISC (Finnish Type 2 Diabetes Risk Score) у пациентов с ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы. В поперечное исследование включили суммарно 138 пациентов (117 женщин и 21 мужчина), подписавших информированное согласие, в возрасте от 45 до 65 лет, с достоверным диагнозом РА (по критериям ACR/EULAR 2010г) и длительностью заболевания ≥ 1 года. Критериями исключения из исследования были: беременность и лактация, сопутствующий сахарный диабет, прием сахароснижающих препаратов или гипергликемия натощак в момент обследования, тиреотоксикоз, сердечно-сосудистые осложнения в анамнезе (инфаркты миокарда, операции по реваскуляризации миокарда – стентирование коронарных артерий, аортокоронарное шунтирование, острые нарушения мозгового кровообращения, клинически значимый атеросклероз периферических артерий), хроническая болезнь почек 3-5 стадии.

Серопозитивными по ревматоидному фактору были 81,9% участников исследования, по антителам к циклическому цитруллинированному пептиду 82,6%, высокая активность РА по индексу DAS28 зафиксирована у 34,8% пациентов, умеренная – у 46,4%. Проводимая терапия РА включала метотрексат у 69 (50,0%) больных, другие базисные противовоспалительные препараты (БПВП) – у 38 (27,5%), генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) – у 40 (29,0%), глюкокортикоиды (ГК) в дозе 5 [5;7,5 мг/сут] при перерасчете на преднизолон – у 69 (50,0%) пациентов.

У всех участников исследования оценивали традиционные факторы нарушений углеводного обмена: возраст, наличие избыточного веса (индекс массы тела (ИМТ ≥ 25 кг/м²)), абдоминального ожирения (АО), эпизодов гипергликемии в прошлом, семейный анамнез, отягощенный по СД, недостаточную физическую активность и потребление овощей, фруктов, ягод (пищевых волокон), прием антигипертензивных препаратов (как суррогатный маркер артериальной гипертензии). Рассчитывали 10-летний риск развития СД 2 типа по шкале FINDRISC: сумма баллов ≥ 15 соответствовала высокому и очень высокому риску, от 12 до 14 – умеренному риску, до 11 включительно – низкому риску.

Больные были разделены на две группы: в группу 1 вошли 23 пациента с сопутствующим гипотиреозом, в группу 2 – 115 больных с нормальной функцией щитовидной железы (эутиреозом). Для подтверждения диагноза «гипотиреоз» использовали сведения из медицинских карт пациентов об уровне тиреотропного гормона выше верхней границы референтных значений или данные о проводимой в момент включения в исследование заместительной гормональной терапии левотироксином.

Результаты. Возраст (57 [51; 60] лет и 57 [52; 61] лет), доля женщин (95,7% и 82,6%), активность РА (DAS28=4,8 [3,5; 5,6] баллов и 4,6 [3,6; 5,3] баллов), проводимая противовоспалительная терапия (метотрексат – у 12 (52,2%) и 57 (49,6%) пациентов, другие БПВП – у 5 (21,7%) и 33 (28,7%), ГИБП – у 7 (30,4%) и 33 (28,7%), ГК – у 9 (39,1%) и 60 (52,2%)) оказались сходными в группах с гипотиреозом и с эутиреозом. АО встречалось у 22 (95,7%) больных в группе 1 и 89 (77,4%) в группе 2 ($p=0,046$), различий между группами по частоте избыточного веса (у 19 (82,6%) против 76 (66,1%)), отягощенной по СД наследственности (у 7 (30,4%) против 32 (27,8%)), недостаточной физической активности (у 18 (78,3%) против 86 (74,8%)), недостаточному потреблению овощей, фруктов, ягод (у 7 (30,4%) против 55 (47,8%)), приему антигипертензивных препаратов (у 14 (60,9%) против 50 (43,5%)), эпизодам гипергликемии в анамнезе (у 9 (39,1%) против 24 (20,9%)) выявлено не было ($p>0,05$ во всех случаях). Высокий и очень высокий риск по шкале FINDRISC обнаружен у 7 (30,4%) пациентов в группе 1 и 36 (31,3%) – в группе 2, умеренный риск – у 7 (30,4%) и 23 (20,0%) больных ($p>0,05$). Заместительную терапию левотироксином проводили у 13 (56,5%) из 23 больных с гипотиреозом. Суммы баллов по FINDRISC у больных РА с сопутствующим гипотиреозом, получающих заместительную гормональную терапию (13 [10; 14]), и без нее (13 [12; 15]) были сопоставимы ($p=0,73$).

Выводы. У пациентов с РА от 45 до 65 лет сопутствующий гипотиреоз ассоциировался с увеличением частоты АО, но не влиял на другие традиционные факторы риска нарушений углеводного обмена и оценку 10-летнего риска развития СД 2 типа по шкале FINDRISC. Прием левотироксина у больных РА с сопутствующим гипотиреозом на менял риск по шкале FINDRISC.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ КОМПЛЕКСНЫХ МЕТОДОВ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ СОСТАВА ТЕЛА У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Кончугова Т.В., Васильева В.А.,
Апханова Т.В., Морунова В.А.

Национальный медицинский исследовательский
центр реабилитации и курортологии,
Москва

Цель. Сравнительное изучение влияния комплексных методов медицинской реабилитации, включающих различные методики лазерного облучения крови (надсосудистую и внутривенную), импульсную магнитотерапию и суховоздушные углекислые ванны, на динамику показателей композитного состава тела по данным биоимпедансометрии у пациентов с посттромбофлебическим синдромом нижних конечностей и ожирением.

Материалы и методы. Проведено рандомизированное проспективное исследование на базе отделения медицинской реабилитации пациентов с соматическими заболеваниями ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России. В исследование вошли 40 пациентов с посттромбофлебическим синдромом (ПТФС) нижних конечностей и сопутствующим ожирением, средний возраст которых составил 58,3 [51,5; 68,0] года, рандомизированных на две группы. Пациенты 1-й группы получали внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК) на аппарате «ЛАЗМИК-ВЛОК» (Россия), импульсную магнитотерапию и суховоздушные углекислые ванны, а также лечебную гимнастику в зале. Пациенты 2-й группы получали комплекс, включающий надсосудистую лазеротерапию, импульсную магнитотерапию и суховоздушные углекислые ванны, а также лечебную гимнастику в зале. Курс медицинской реабилитации пациентам обеих групп проводился на фоне низкокалорийной диеты (НКД).

Для оценки противоотечного и липолитического эффектов после проведенного комплексного курса медицинской реабилитации применялись антропометрические измерения (массы тела, маллеолярный объем), а также методика биоимпедансометрии состава тела (ООО НТЦ «МЕДАСС», Россия).

Результаты. У пациентов с ПТФС нижних конечностей и ожирением после проведения курса медицинской реабилитации с использованием преформированных физических факторов, включающих различные методики лазерного облучения крови (надсосудистую и внутривенную) наблюдались достоверное снижение показателей массы тела ($p<0,001$), снижение ИМТ ($p<0,001$), общей и внеклеточной жидкости ($p<0,001$) без существенных различий между группами. Выявлено существенно значимое снижение показателя жировой массы (кг) ($p=0,007$) у пациентов основной группы.

Выводы. Методика биоимпедансометрии, использованная для оценки композитного состава тела, показала высокую чувствительность и позволила установить большую эффективность разработанного комплекса, включающего ВЛОК с длиной волны низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) 635 нм в снижении жировой массы.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2021-2023 ГОДАХ

Корнеева С.Ю., Кароль Е.В., Белавина Е.А.,
Горских О.Г., Якимова Е.А.

Главное бюро медико-социальной экспертизы,
Санкт-Петербург

Онкологические заболевания являются серьезной медицинской и социальной проблемой, с учетом роста показателей заболеваемости, инвалидности и смертности взрослого населения как в Российской Федерации, так и в Санкт-Петербурге (СПб).

Цель работы. Изучение динамики распространенности и структуры первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований (ЗНО) в СПб по данным Главного бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) в 2020-2022 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, начиная с 2020 года в Санкт-Петербурге занимают первое ранговое место – их удельный вес снизился за 3 года с 37,3% до 34,8%.

Число впервые признанных инвалидами с ЗНО возросло с 5,6 тысяч в 2021 г. до 8 тысяч в 2023 году. Интенсивный показатель (ИП) впервые признанных инвалидами (ВПИ) вследствие ЗНО среди взрослого населения Санкт-Петербурга за 3 года возрос с 12,7 до 17,2 на 10 тыс. взрослого населения (на 26%). Рост показателя объясняется тем, что в период с 2020 по 2022 гг. отмечалось значительное снижение обращаемости граждан на МСЭ в связи с пандемией COVID-19 в стране и в Санкт-Петербурге.

Уровень первичной инвалидности вследствие ЗНО в трудоспособном возрасте в течение 3 лет увеличился с 7,2 до 9,0 на 10 тыс. трудоспособного населения (на 20%); в пенсионном возрасте показатель возрос с 23,4 до 33,2 на 10 тыс. лиц пенсионного возраста (на 30%). В структуре ПИ вследствие ЗНО по нозологическим формам удельный вес инвалидности вследствие рака молочной железы в динамике за 3 года вырос с 18,5% до 19,7%; доля инвалидности вследствие колоректального рака снизилась с 14 до 11,2%; вследствие рака легких – с 7 до 6,6%; вследствие рака желудка – с 5,1% до 4,8%; доля инвалидности вследствие рака предстательной железы возросла с 7,4 до 8,6%; рака шейки матки осталась стабильной 3,4%.

В структуре ВПИ вследствие ЗНО в зависимости от групп инвалидности в динамике за 3 года отмечен рост удельного веса инвалидов I группы с 29,0 до 30,1%, снижение удельного веса II группы с 54,5 до 53,3%, доля III группы – стабильная – 16,5%. В трудоспособном возрасте отмечено снижение удельного веса инвалидов I группы с 29,0 до 26,5%, рост удельного веса II группы – с 54,5 до 56,6% и инвалидов III группы с 16,5 до 16,9%. В пенсионном возрасте отмечено снижение удельного веса инвалидов I группы с 33,0 до 32,0%, II группы с 51,8 до 51,5% и рост удельного веса инвалидов III группы с 15,2 до 16,5%.

Выводы. В структуре показателей первичной инвалидности взрослого населения в Санкт-Петербурге удельный вес инвалидности вследствие злокачественных новообразований на протяжении последних лет имел тенденцию к росту и с 2020 г. вышел на первое место. В 2023 г. интенсивные показатели первичной инвалидности вследствие ЗНО возросли как в целом среди взрослого населения, так и в трудоспособном и пенсионном возрасте. В структуре ВПИ вследствие ЗНО ведущее место занимают первичная инвалидность вследствие рака молочной железы, колоректального рака, рака предстательной железы и рака легких. Среди ВПИ вследствие ЗНО в течение 3 лет преобладают инвалиды I и II групп, с тенденцией к росту их удельного веса, при этом в трудоспособном возрасте удельный вес инвалидов I группы имеет тенденцию к снижению.



УРОВЕНЬ sST2 И ГАЛЕКТИНА-3 У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И НАЛИЧИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Корсакова Д.А., Смирнова М.П., Чижов П.А.
Ярославский государственный
медицинский университет,
г. Ярославль

Введение. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) остается одним из тяжелых осложнений сердечно-сосудистых заболеваний, приводящих к неуклонному росту инвалидизации и смертности среди пациентов и, безусловно, требующих поиска новых биомаркеров для диагностики и стратификации риска. Одними из таких маркеров являются sST2 и галектин-3, уровень которых у пациентов с ХСН при сопутствующей фибрилляции предсердий (ФП) изучен недостаточно.

Цель исследования. Оценить уровень биомаркеров фиброза sST2 и галектина-3 у пациентов с ХСН в зависимости от стадии и функционального класса (ФК) и коморбидности по ФП.

Материалы и методы. Обследовано 102 пациента терапевтического стационара с ХСН, 72 женщины (Ж) и 30 мужчин (М), средний возраст 74±9 года, госпитализированных по поводу ухудшения течения гипертонической болезни и/или ишемической болезни сердца, а также нарастания проявлений ХСН без острой декомпенсации. У всех проводили тест 6-минутной ходьбы для оценки ФК ХСН. Уровень sST2 и галектина-3 в нг/мл определяли на медицинском лабораторном фотометре (ИФА-ридере) Immunochem-2100 иммуноферментным методом. Статистический анализ полученных результатов проводился с помощью программы Statistica 12.

Результаты. Среди обследованных 2ФК ХСН был выявлен у 23 человек, что составило 22,5% от всей группы, 3 ФК – у 51 человека (50%), 4 ФК – у 28 человек (27,5%). У пациентов с 3 и 4 ФК уровень ST2 был достоверно выше ($p=0,003$) по сравнению с лицами с 2 ФК, значения составили 18,0 (6,0;116,0) нг/мл и 27,9 (5,1;191,6) нг/мл соответственно против 11,5 (5,4;43,3) нг/мл. У 59 обследованных (57,8%) диагностирована 2А стадия ХСН, у 43 (42,2%) – 2Б стадия. В ходе исследования установлено, что на фоне увеличения стадии ХСН уровень галектина-3 достоверно увеличивался ($p=0,01$), значения составили 4,1 (0,5;367,1) нг/мл при ХСН 2А против 21,5 (0,7;924,1) нг/мл при 2Б стадии.

ФП диагностирована у 36 обследованных (35,3%). При наличии коморбидности по ФП отмечалось достоверное повышение уровня биомаркера

sST2 – 25,0 (13,0;51,4) нг/мл против 14,6 (9,4;26,9) нг/мл у пациентов без ФП в анамнезе ($p=0,009$). В ходе исследования обнаружены достоверные ($p<0,05$) положительные корреляции средней силы между концентрацией sST2 и ФК ХСН, а также между уровнем sST2 и наличием ФП. Кроме того, выявлена положительная корреляция средней силы между концентрацией галектина-3 и стадией ХСН.

Выводы. Нарастание тяжести ХСН сопровождается достоверным нарастанием уровня биомаркеров sST2 и галектина-3. Установлено достоверное повышение маркера ремоделирования миокарда sST2 у пациентов с ХСН высокого (3-4) ФК. Нарастание стадии ХСН сопровождается достоверным ростом уровня галектина-3. Коморбидность ХСН с ФП дополнительно способствует достоверному повышению уровня sST2.

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ SARS-COV-2 НА ПЕРИФЕРИЧЕСКУЮ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Коценко Ю.И.
Донецкий национальный
медицинский университет,
г. Донецк

Цель. Проанализировать поражение периферической нервной системы при сахарном диабете (СД) и оценить особенности влияния SARS-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus 2) на периферическую нервную систему у пациентов с СД.

Материалы и методы. Данные отечественной и зарубежной литературы с использованием наукометрических баз PubMed, Google Scholar, Scopus, NLM.

Результаты. Ежегодно в мире регистрируется увеличение пациентов с СД (The International Diabetes Federation, 2022, 2023), который считается медико-социальной проблемой, обусловленной высокой распространенностью, тяжестью осложнений, ранней инвалидизацией и высокой смертностью. В 2020 году на течение СД оказала влияние новая коронавирусная инфекция SARS-CoV-2, приводя к декомпенсации, ухудшая лабораторные показатели и как следствие приводя к поражениям нервной системы (Covid and Diabetes. EASD e-Learning, 2020, Divani A.A., Andalib S., Biller J. et al., 2020). При СД отмечается преимущественно хроническая дистальная дисметаболическая полинейропатия (ДПНП) (Pop-Busui R., Boulton A.J., Feldman E.L. et al., 2017; Чухловина М.Л., 2021; Wee АКН., 2021).

К основным клиническим формам ДПНП относятся грудную радикулопатию и радикулоплексопатию, мононевропатию, в т.ч. множественную, автономную (вегетативную), симметричную дистальную сенсорную и сенсомоторную полиневропатию (Pop-Busui

R, Boulton A.J., Feldman E.L. et al. 2017, Shouman K., Vanichkachorn G., Cheshire W.P. et al., 2021). При СД и SARS-CoV-2 имеют место случаи изолированного поражения черепных нервов (Falcone M. et al., 2020; Raharimanantsoa O. et al., 2020) в сочетании с нарушениями обоняния и вкусовой чувствительности (Parma V. et al., 2020, Patel K et al 2021). В связи с низкой частотой поражения, оценить их диагностическую и прогностическую значимости не представляется возможным.

Медикаментозная коррекция гипергликемии при СД и SARS-CoV-2 заключается в первоочередном внутривенном назначении инсулина (Дедов И.И., Мокрышева Н.Г., Шестакова М.В. и др., 2022). По данным ряда авторов отмечено, что в остром периоде SARS-CoV-2 у пациентов на фоне лечения имела место острая болевая ДПНП. К ведущим причинам развития данного подтипа относят острый обратимый инсулиновый неврит, как следствие назначения инсулина и быстрой нормализации гликемии, а также синдрома Элленберга на фоне снижения массы тела (Мозолевский Ю.В. 2021).

При ДПНП и SARS-CoV-2 происходит преимущественное поражение тонких нервных волокон (Ахмеджанова Л.Т., Ермилова Е.В., Янакаева Т.А., 2021). При этом нередко развивалась диабетическая автономная невропатия (ДАН), которую диагностируют на поздних сроках или посмертно. Основными формами ДАН считают кардиоваскулярную, гастроинтестинальную, урогенитальную, судомоторную и нарушение зрачковых рефлексов (Pop-Busui R., 2018). Ввиду особенности поражения тонких волокон периферической нервной системы электронейромиография не регистрирует патологические волны. В исследовании авторами предположено (Shouman K., Vanichkachorn G., Cheshire W.P. et al., 2021), что патогенетическим механизмом ДАН может быть затянувшееся течение SARS-CoV-2 с развитием гиповолемии и снижением массы тела.

Следует обратить внимание, что на фоне СД при SARS-CoV-2 поражение периферической нервной системы вероятно развитие аутоиммунного или воспалительного процесса в силу патогенетического механизма (циткиновый шторм) (Shouman K., Vanichkachorn G., Cheshire W.P. et al., 2021).

В настоящее время недостаточно изучены факторы, связанные с повышением риска неврологических осложнений при SARS-CoV-2 или по какому механизму вирус вызывает повреждение периферических аксонов. SARS-CoV-2 вызывает острую воспалительную реакцию, наличие антиганглиозидной или аутоиммунной реакции не описаны. В зарубежных публикациях сообщалось о синдроме Гийена-Барре (СГБ), хотя описанная неврологическая симптоматика была идентична ПНП при СД, который регистрировался у пациентов. По данным ряда авторов СГБ не является частым последствием инфекции SARS-CoV-2, а распространенность периферической невропатии, связанной с СД, достаточно высока (Brown M., Petrassi A., Bureau B.L., Khan N., Jha P., 2021).

Выводы. За последнее время отмечается увеличение научных данных о поражении периферической нервной системы при SARS-CoV-2 со значимостью для практики медицинских работников. Установлено, что SARS-CoV-2 оказывает влияние на течение СД, в результате усугубляя неврологический дефицит при ДПНП. В связи с особенностью поражения тонких волокон при сочетании SARS-CoV-2 и СД затруднительна ранняя диагностика ДАН, проявления которых могут быть фатальными для пациентов. Междисциплинарное взаимодействие специалистов позволит наладить алгоритм ранней диагностики неврологических осложнений при СД в сочетании с SARS-CoV-2 и предотвратить неприятные исходы.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКИ НЕЗДОРОВОМ ОЖИРЕНИИ

Красивина И.Г.¹, Долгов Н.В.², Долгова Л.Н.²

¹Ярославский государственный
медицинский университет,

²Клиническая больница «РЖД-Медицина»,
г. Ярославль

Выделение метаболически нездорового ожирения при избытке массы тела стало возможно при использовании классификации, предложенной в 2014 г Американской ассоциацией клинических эндокринологов (ААСЕ) и Американской коллегией эндокринологов (АСЕ) (ААСЕ/АСЕ 2014) которая была принята в отечественных клинических рекомендациях по ожирению в 2020 г. Данная классификация предполагает выделение 1 и 2 стадии ожирения у лиц с индексом массы тела (ИМТ) ≥ 25 кг/м² и наличием заболеваний и/или состояний, патогенетически ассоциированных с ожирением. Клиническая значимость выделения стадийности метаболически нездорового ожирения требует дополнительной оценки.

Цель. Анализ вегетативных и гемодинамических нарушений при ожирении 1 и 2 стадии.

Материал и методы. На базе амбулаторно-поликлинических подразделений ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» город Ярославль» обследовано 152 работающих человека, соответствующих критериям ожирения 1 и 2 стадии по классификации ААСЕ/АСЕ 2014. В группу вошли 90 мужчин (средний возраст 48,6±7,7 г., средний ИМТ 31,1±3,7 кг/м²) и 62 женщины (средний возраст 49,5±6,6 г., средний ИМТ 31,7±5,7 кг/м²) Выполняли биохимический анализ крови, включающий определение мочевого кислоты, глюкозы натощак, липидного профиля, креатинина, трансаминаз. Оценка вегетативных и гемодинамических характеристик проводилась на аппаратно-программном комплек-

се Марвел1 (регистрационный № в Государственном реестре медицинских изделий ФСЗ 2009/04910) со специальным прикладным программным обеспечением ES Teck complex. Определяли результаты проведения фотоплетизмографии (PTG-TP – маркер инсулинорезистентности), объемной плетизмографии (ЦАоД – измерение центрального аортального давления, ИУО – индекс ударного объема сердца по отношению к площади поверхности тела; СТ – сосудистого тонуса), биоимпедансометрии (показатели композиционного состава тела – содержание сухой нежировой (СНЖТ) и жировой ткани (ЖТ), ОВ – общей воды). Программа выводила интегральные кардиометаболические характеристики (ОЖ – образ жизни; МкСП – макрососудистый показатель, ВНСР – равновесие вегетативной нервной системы). Анализ в зависимости от стадии ожирения (ОЖ1 и ОЖ2) проводился отдельно в подгруппах мужчин и женщин. Статистическая обработка результатов проведена с использованием программы Statistical3. Использовали параметрические и непараметрические показатели, за уровень статистической значимости принимали значение $p < 0,05$.

Результаты. Женщины ОЖ2 ($n=8$) отличались от ОЖ1 ($n=54$) более высоким ИМТ (+16%; $p=0,019$), уровнем сывороточной урикемии (+38%; $p=0,0024$), PTG-TP (+26%; $p=0,0066$), значением ЦАоД (+16%; $p=0,016$), меньшим содержанием ОВ (-5%; $p=0,048$). Мужчины ОЖ2 ($n=28$) отличались от ОЖ1 ($n=62$) меньшим содержанием СНЖТ (-10%; $p=0,028$), большим ИУО (+14%; $p=0,026$), повышением СТ (+48,5%; $p=0,0044$), ЦАоД (+9%; $p=0,012$), АоЖ (+19%; $p=0,0068$). Интегральные кардиометаболические характеристики выявили отклонения ОЖ у всех пациентов с метаболически нездоровым ожирением: максимальная оценка в 5 баллов как хороший уровень не была выставлена никому, приемлемый уровень ОЖ (4 балла) определялся у 6,5% женщин и 5,6% мужчин. МкСП у мужчин ОЖ2 был на 18% хуже ($p=0,002$) относительно мужчин ОЖ1, в то время как у женщин отмечалась лишь тенденция к ухудшению МкСП, не достигающая уровня статистической значимости. Нозологическая коморбидная отягощенность была значительно более выражена в подгруппах ОЖ2: гипертоническая болезнь имела у 100% женщин (против 31% при ОЖ1; $p=0,0001$) и 96% мужчин (против 54% при ОЖ1; $p=0,0003$); жировая болезнь печени – у 79% мужчин (против 35% при ОЖ1; $p=0,0009$) и у 12,5% женщин (против 7% при ОЖ1); остеоартрит у 38% женщин (против 28% при ОЖ1) и у 21% мужчин (против 15% при ОЖ1). Атеросклероз сосудов любого бассейна у мужчин с ОЖ2 встречался у 68% (против 19% при ОЖ1; $p=0,00001$), а у женщин по данной нозологии различий не выявлено (13 и 12% соответственно). По диагностированной подагре более сильные различия между подгруппами выявлены у женщин (25% при ОЖ2 и отсутствие данного диагноза при ОЖ1; $p=0,00001$), а у мужчин (14% при ОЖ2 против 3% при ОЖ1; $p=0,052$).

Выводы. Метаболически нездоровое ожирение 2 стадии у работающего контингента среднего возраста ухудшает гемодинамику и вегетативный баланс относительно показателей при 1 стадии: чаще встречается гипертоническая болезнь, повышается центральное аортальное давление как у мужчин, так и у женщин. У мужчин дополнительно наблюдается увеличение сосудистого тонуса и индекса ударного объема сердца, более частая отягощенность по жировой болезни печени и атеросклерозу крупных сосудов, а у женщин при 2 стадии ожирения чаще встречается гиперурикемия и диагностируется подагра. В улучшении образа жизни нуждаются все пациенты с метаболически нездоровым ожирением.

АНАЛИЗ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ В КЛИНИЧЕСКИХ И ГЕНЕТИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИКАХ ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ. РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ TNF-A, TNFA1P3, STAT4, CRP И SAA1 ГЕНОВ

Крылов М.Ю., Гусева И.А., Сахарова К.В.,
Самаркина Е.Ю., Эрдес Ш.Ф.
Научно-исследовательский институт
ревматологии им. В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Изучение возможных гендерных различий, связанных с клиническими фенотипами и распределением 5 полиморфизмов генов TNFA, TNFA1P3, STAT4, CRP и SAA1 в российской когорте пациентов с анкилозирующим спондилоартритом (АС).

Пациенты и методы. В исследование включено 197 пациентов с АС (127 мужчин и 70 женщин) с диагнозом, отвечающим модифицированным Нью-Йоркским критериям (1984 г.). У всех больных были исследованы демографические, клинико-серологические характеристики и распределение частот полиморфных вариантов генов. Для генотипирования использован метод полимеразной цепной реакции в реальном времени.

Результаты и обсуждение. Средний возраст начала заболевания у женщин был достоверно выше, чем у мужчин ($26,8 \pm 12,0$ года и $22,4 \pm 8,6$ года соответственно, $p=0,002$). Сравнение серологических показателей активности АС между мужчинами и женщинами показало сходные величины уровней СОЭ. Анализ средних значений показателей СРБ выявил статистически значимо сниженный уровень этого белка у женщин по сравнению с мужчинами ($p=0,025$). Установлена статистически достоверная более низкая частота носителей HLA-B27 антигена у женщин по сравнению с мужчинами.

ми ($p=0,042$). Не обнаружено гендерных различий в частотах суставно-мышечных клинических проявлений АС у женщин по сравнению с мужчинами. Распределение частот генотипов и аллелей изученных полиморфизмов не показало статистически достоверных гендерных различий кроме полиморфизма гена TNFA1P3. Частота генотипа СТ полиморфизма гена TNFA1P3 в группе мужчин была статистически достоверно выше, чем у женщин ($p=0,040$). Носители генотипа ТТ имели наибольшую активность заболевания согласно показателям, BASDAI по сравнению с другими. Носители генотипа дикого типа имели статистически значимо больший срок заболевания по сравнению с СТ генотипом ($p=0,017$).

Заключение. Настоящее исследование подтвердило наличие полового диморфизма у российских пациентов с АС. Установлено, что женщины заболевают позже мужчин, пациентки имеют статистически достоверно более низкий показатель среднего уровня СРБ, сниженную частоту антигена HLA B27 и генотипа СТ полиморфизма rs10499194 гена TNFA1P3.

ОСОБЕННОСТИ РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Крючкова А.В., Панина О.А.,
Пятницкая С.И., Семьнина Н.М.
Воронежский государственный медицинский
университет им. Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Одна из главных составляющих здорового образа жизни – правильное пищевое поведение человека. При его нарушении неизбежно возникают различного рода нарушения в состоянии здоровья человека. Продолжительность нарушения пищевого поведения так же является важным фактором в изменении состояния пациента, причем эта зависимость носит линейный характер. В клинической практике чаще всего следствием нарушения пищевого поведения является ожирение и избыточная масса тела, которые ассоциированы с различной соматической патологией. Без выздоровления от пищевой зависимости все попытки решить проблемы с весом не дают устойчивого хорошего результата. Имеются данные российских ученых, которые говорят о том, что когда мы блокируем основной симптом, остальные проблемы со здоровьем зачастую разрешаются сами собой или их лечение ускоряется.

Цель исследования. Определение перечня заболеваний, которые сопутствуют ожирению, ассоциированному с различными типами нарушения пищевого поведения у пациентов терапевтического отделения.

Материалы и методы. В исследование были включены 95 пациентов в возрасте 20-55 лет, имеющие индекс массы тела (ИМТ) ≥ 30 кг/м². Всем пациентам проводилось измерение массы тела, рост, окружности талии и бедер, измерялось АД (СМАД), ЭКГ/суточное мониторирование по Холтеру, биохимическое исследование (глюкоза, HbA1C, АЛТ, АСТ, билирубин общий и фракции, ЩФ, GGT, общий белок, СРБ, мочевины, креатинин, липидный профиль). Тип пищевого поведения определяли по опроснику DEBQ (выявление ограничительного, эмоционального и экстернального типов пищевого поведения). Статистическая обработка проводилась в программе Statistica 10.0.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациентов 47,5 \pm 2,9 лет. Мужчины составили 61%, женщины 39%. Ожирение 1 степени было зарегистрировано у 40% пациентов, 2 степень отмечалась у 38% и на долю пациентов с 3 степенью ожирения пришлось 22%. У пациентов с 1 степенью наиболее часто регистрировались сердечно-сосудистые заболевания – 56%, ГЭРБ – 38%, патология мочевыделительной системы и апноэ во сне 18% и 2% соответственно. У этих пациентов согласно опроснику DEBQ у 68% опрошенных наблюдался ограничительный тип нарушения пищевого поведения, эмоциональный и экстернальный типы у 24 и 8% соответственно. Таким образом, в этой группе чрезмерные ограничения и диеты способствовали потере когнитивного самоконтроля и приводили к компульсивному перееданию. У пациентов со 2 степенью ожирения наиболее часто регистрировался сахарный диабет 2 типа (28%), сердечно-сосудистая патология (60%), патология желудочно-кишечного тракта (ГЭРБ и НАЖБП) по 44%, а патология мочевыделительной системы и репродуктивной систем по 24% соответственно. При этом для этой группы были характерны в одинаковой степени ограничительный и эмоциональный типы нарушения пищевого поведения (по 43%), а на долю экстернального типа пришлось только 14%. Совсем иная картина регистрировалась у пациентов с 3 степенью ожирения: возросло количество сердечно-сосудистой патологии до 93%, ГЭРБ-62%, сахарный диабет 2 типа был у 32%, нарушение репродуктивной функции и НАЖБП – по 24%, нарушения в работе опорно-двигательного аппарата у 22%, апноэ во сне – 4%. В этой группе пациентов среди нарушений пищевого поведения на первый план вышел эмоциональный тип нарушений (66%), удельный вес других форм был невелик – экстернальный тип составил 24%, а ограничительный – 10%. Преобладание эмоционального типа нарушения пищевого поведения является свидетельством неадекватной реакции организма на стрессовые ситуации, проявлением дезадаптации, т.е. эта категория пациентов характеризуется отсутствием стратегии для эффективного преодоления негативных эмоций.

Выводы. Ожирение всегда сопровождается соматической патологией, среди которых наиболее часто встречаются заболевания сердечно-сосудистой системы, нарушения углеводного обмена, заболевания желудочно-кишечного тракта и нарушения репродуктивной функции. Так же ожирение всегда связано с нарушением пищевого поведения, причем при 2 и 3 степени ожирения достоверно часто регистрируется эмоциональный тип нарушений, демонстрируя несовершенство способов психологической защиты, плохо контролируемую эмоциональность. Это требует привлечения к терапии таких больных психотерапевтов, которые смогут улучшить способность пациентов понимать свое состояние и справляться с тревогой и депрессией.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ МАРКЕРОВ НЕЙТРОФИЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Кузнецов В.Д., Фролова Е.В., Учеваткина А.Е.,
Филиппова Л.В., Аак О.В., Козлова Я.И.,
Васильева Н.В.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Актуальность. Поиск надежных и доступных маркеров воспаления дыхательных путей необходим для выбора стратегии таргетной терапии с учетом эндотипов бронхообструктивных заболеваний.

Цель исследования. Оценить уровень хитиназоподобного белка YKL-40 и липокалина, ассоциированного с желатиназой нейтрофилов (NGAL) в сыворотке крови индуцированной мокроте, и определить их значимость в качестве воспалительных маркеров у пациентов с бронхиальной астмой (БА) и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы. В проспективное исследование включили 46 пациентов с бронхообструктивными заболеваниями, из которых 24 пациента с БА (Me возраста – 51 год, женщин – 75%, мужчин – 25%) и 22 пациента с ХОБЛ (Me возраста – 65 лет; женщин – 45%, мужчин – 55%). Группу контроля составили 15 практически здоровых добровольцев без аллергических и бронхообструктивных заболеваний (Me возраста – 24 года, женщин – 60%). Оценивали данные анамнеза, результаты общеклинических и инструментальных исследований. С помощью иммуноферментного анализа в сыворотке крови определяли концен-

трации хитиназоподобного белка YKL-40; в сыворотке крови и индуцированной мокроте концентрации липокалина, ассоциированного с желатиназой нейтрофилов (neutrophilgelatinase-associated lipocalin, NGAL) («R&D Systems, США»).

Диагноз БА устанавливали в соответствии с рекомендациями, изложенными в «Глобальной стратегии лечения и профилактики бронхиальной астмы» и «Федеральных клинических рекомендациях по диагностике и лечению бронхиальной астмы Минздрава РФ». Диагноз ХОБЛ устанавливали в соответствии с критериями «Глобальной инициативы по хронической обструктивной болезни легких» и «Федеральными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению ХОБЛ Минздрава РФ». Статистическую обработку исходных данных выполняли с помощью программных систем STATISTICA 13 и SPSS Statistic 27.

Результаты и обсуждение. Абсолютное количество нейтрофилов в сыворотке крови пациентов с БА и ХОБЛ значимо не различалось (3,51 [2,56; 4,85] $\times 10^9$ /л vs 4,14 [3,13; 5,03] $\times 10^9$ /л; $p=0,220$).

В сыворотке крови уровень YKL-40 у пациентов с ХОБЛ значимо превышал показатель в группе БА (55,1 [43,1; 85,4] нг/мл vs 38,9 [23; 66] нг/мл; $p=0,025$). Уровни YKL-40 в исследуемых группах значимо превышали показатель группы контроля (24 [21; 32], $p<0,05$). Уровни NGAL в исследуемых группах значимо не различались (62 [37; 219] нг/мл в группе БА vs 69 [30; 157] нг/мл в группе ХОБЛ; $p=0,822$), однако значимо превышали показатель группы контроля (46 [23,5; 54,5] нг/мл, $p<0,05$).

Количество эозинофилов индуцированной мокроты у пациентов с БА значимо превышало показатель в группе ХОБЛ (3 [1; 5] % vs 1 [0; 2] %; $p=0,002$). Количество нейтрофилов в индуцированной мокроте группах БА и ХОБЛ значимо не различалось (70 [57; 84] % vs 77 [69; 86] %; $p=0,102$). В индуцированной мокроте, уровень NGAL в группе ХОБЛ значимо превышал показатель у пациентов с БА и составил (454 [154; 791] нг/мл vs 40 [22; 85] нг/мл; $p<0,001$).

Установлена значимая положительная корреляционная связь уровня YKL-40 и NGAL с нейтрофилами сыворотки крови ($r=0,353$; $p<0,05$; $r=0,602$; $p<0,05$, соответственно). Установлена значимая отрицательная корреляционная связь уровня NGAL в индуцированной мокроте с показателями ФЖЕЛ, ОФВ1 и ФЖЕЛ/ОФВ1 ($r=-0,520$; $p<0,05$; $r=-0,574$; $p<0,05$; $r=-0,503$; $p<0,05$, соответственно).

Выводы. Хитиназоподобный белок YKL-40 и липокалин, ассоциированный с желатиназой нейтрофилов (NGAL) – перспективные биомаркеры нейтрофильного воспаления и ремоделирования дыхательных путей, уровни которых могут быть использованы для дифференциальной диагностики эндотипов воспаления и выбора терапии у пациентов с бронхообструктивными заболеваниями.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИЗМЕНЕНИЯ СКОРОСТИ КРОВОТОКА ПО ДАННЫМ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ДОПЛЕРОМЕТРИИ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ КУРСА РЕАБИЛИТАЦИИ У ДОНОШЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ТЕМПОВ МОТОРНОГО РАЗВИТИЯ

Кузнецова К.В.¹, Кудлач А.И.²,
Шалькевич Л.В.², Лебедева С.К.²

¹Городская детская больница №3,
²Институт повышения квалификации
и переподготовки кадров здравоохранения
УО Белорусский государственный
медицинский университет,
Минск, Беларусь

Актуальность. В настоящее время возрастает число детей с нарушением темпов моторного развития. Сведения об особенностях возникновения, течения и прогноза данного вида нарушения на современном этапе являются недостаточными и противоречивыми. По данным литературы параметры доплерометрического нейросонографического исследования коррелируют с моторным статусом ребенка первого года жизни. Изучение динамики изменения параметров цереброваскулярного кровотока во время проводимых реабилитационных мероприятий может стать критерием, который объективизирует оценку эффективности применяемых методов реабилитации.

Цель. Сопоставить динамику изменений показателей кровотока у доношенных и недоношенных детей грудного возраста при проведении кинезио- и физиотерапевтических реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы. Когортное проспективное исследование представляло собой изучение динамики доплерометрических показателей цереброваскулярного кровотока (в передней и средней мозговых артериях – соответственно ПМА и СМА, в базилярной артерии – БА, в вене Галена – ВГ) до и после проведения курса кинезио- и физиотерапевтических реабилитационных мероприятий у 40 пациентов в возрасте от 2 до 6 месяцев, 50% (n=20) из которых были доношенными, 50% (n=20) недоношенными. Проведен анализ динамики показателей изменения скорости кровотока по данным цереброваскулярной доплерометрии при реабилитации детей с нарушением темпов моторного развития до начала курса реабилитации и при его окончании. Срок наблюдения за пациентами изучаемой когорты составил 1 месяц (длительность курса реабилитации). Проведено сопоставление полученных данных при помощи непараметрических методов статистического анализа (критерия Манна-Уитни).

Результаты. Применение реабилитационных мероприятий у доношенных детей оказывает значимое ($p < 0,05$) влияние на изменение динамики показателей кровотока в ПМА (среднее значение до проведения курса реабилитации составило 0,687, после 0,6635, $U=0$, $p < 0,05$), в БА (среднее значение до проведения курса реабилитации составило 0,6865, после 0,669, $U=0$, $p < 0,05$), в СМА справа (среднее значение до проведения курса реабилитации составило 0,6895, после 0,6585, $U=0$, $p < 0,05$), в СМА слева (среднее значение до проведения курса реабилитации составило 0,68, после 0,6585, $U=0$, $p < 0,05$). Установлено отсутствие значимого ($p > 0,05$) влияния изменения динамики показателей кровотока в СМА справа и в ВГ.

Применение реабилитационных мероприятий у недоношенных детей оказывает значимое ($p < 0,05$) влияние только на изменение динамики показателей кровотока в ПМА (среднее значение до проведения курса реабилитации составило 0,669, после 0,6575, $U=0$, $p < 0,05$). На другие показатели статистически значимого влияния установлено не было.

Заключение. Полученные данные демонстрируют более значимое улучшение показателей кровотока по данным цереброваскулярной доплерометрии у доношенных детей грудного возраста при проведении реабилитационных мероприятий посредством кинезио- и физиотерапии в сопоставлении с недоношенными. Это может быть связано с тем, что классические реабилитационные мероприятия преимущественно подходят для доношенных детей, недоношенным же требуются особые методики с их персонифицированным подбором. Важной является разработка новых методов реабилитации, так как клинический ответ у недоношенных детей отличается от такового у доношенных, наступает позже и результаты его бывают неоднозначными.

COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: ТЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА

Куликов А.Н., Муравьева Н.В., Белов Б.С.

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

Цель исследования. Изучить течение COVID-19 и перспективы его вакцинопрофилактики у больных ревматическими заболеваниями (РЗ).

Материалы и методы. Отобраны содержащие информацию о наличии или отсутствии COVID-19 истории болезни 9676 пациентов – 6955 женщин (ж), 2721 мужчин (м) – в возрасте от 18 лет до 91 года, находившихся на стационарном лечении в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой с 21.09.2021 по 28.12.2023. В ос-

новную группу вошли пациенты с такими нозологиями, как ревматоидный артрит (РА, n=3399), анкилозирующий спондилит (АС, n=1587), псориазический артрит (ПсА, n=862), системная склеродермия (ССД, n=854), болезнь Шегрена (БШ, n=830), системная красная волчанка (СКВ, n=703), микрокристаллические артриты (МА, n=318), полимиозит/дерматомиозит (ДМТ, n=175), АНЦА-ассоциированные васкулиты (ААВ, n=172), болезнь Бехчета (n=90), болезнь Стилла взрослых (БСВ, n=89), васкулиты крупных сосудов (n=56), IgG4-ассоциированное заболевание (IgG4-A3, n=50). Группу сравнения составили пациенты с остеоартритом (ОА, n=491). Изучали встречаемость COVID-19, частоту применения по поводу него терапии и потребности в госпитализации.

Для анализа факторов риска (пол, возраст, коморбидная патология, проводимая терапия РЗ) госпитализации отобраны истории болезни 464 пациентов (ж – 372, м – 92, средний возраст $48,6 \pm 13,9$ лет, длительность заболевания $10,5 \pm 8,7$ лет). В первую группу включены 138 госпитализированных в связи с COVID-19 (53 – с РА, 29 – ССД, 26 – ААВ, 18 – СКВ, 12 – АС), во вторую группу 326 пациентов, получавших амбулаторное лечение: 137 с РА, 66 – СКВ, 44 – ССД, 52 – АС, ААВ – 27.

Перспективы вакцинопрофилактики COVID-19 оценивали на группе из 337 пациентов (ж – 254, м – 83, средний возраст $49,1 \pm 15,3$ лет), из них 174 с РА, 55 – АС, 26 – БШ, 25 – ПсА, 17 – недифференцированным спондилоартритом, 13 – СКВ, 9 – МА, 6 – системными васкулитами (СВ), 4 – ССД, 3 – ревматической полимиалгией, по 2 – БСВ или недифференцированным заболеванием соединительной ткани (ЗСТ), 1 – IgG4-A3. Оба компонента Гам-КОВИД-Вак получили 334 больных, только первый компонент – 3. Эффективность оценивали по частоте случаев COVID-19, подтвержденных методом ПЦР, в период от 31 до 180 дней после вакцинации. Концентрацию антител у 42 пациентов определяли с помощью набора «SARS-CoV-2-IgG количественный ИФА-БЕСТ» (АО «Вектор-Бест», Россия) методом иммуноферментного анализа. Информация о нежелательных явлениях (НЯ) получена путем расспроса врачом-исследователем всех участников.

Результаты. Частота перенесенного COVID-19 при анализируемых РЗ оказалась значимо выше по сравнению с ОА ($p < 0,02$). Для всех пациентов с вышеуказанными РЗ характерно увеличение риска заболеваемости COVID-19 при сопоставлении с контрольной группой в 1,7-3,5 раза ($p < 0,02$). Пациентам с РА, АС, ПсА, ССД, БШ, СКВ, МА, ДМТ и ААВ значимо чаще ($p < 0,01$) проводилась терапия COVID-19 по сравнению с больными ОА. Для пациентов с указанными нозологиями характерно увеличение риска потребности в лечении коронавирусной инфекции в 1,7-6,5 раз в сравнении с контрольной группой ($p < 0,01$). У пациентов с воспалительными заболеваниями суставов, системными ЗСТ и СВ потребность в госпитализации при развитии COVID-19 оказалось значимо выше, по сравнению с

больными ОА ($p = 0,01$, $p = 0,004$ и $p < 0,001$ соответственно). Для указанных трех групп характерно нарастание риска госпитализации в 3,5-6,8 раз соответственно.

Возраст старше 60 лет, гипертоническая болезнь, ожирение, заболевания легких, хроническая болезнь почек, ишемическая болезнь сердца и сахарный диабет повышают риск госпитализации больных РЗ с COVID-19 в 3-5 раз. Прием глюкокортикоидов, в том числе в дозе ≥ 10 мг в сутки в пересчете на преднизолон, микофенолата мофетила и ритуксимаба приводит к нарастанию риска госпитализации в 1,5-4,5 раза, в то время как пациентам, получавшим гидроксихлорохин или ингибиторы фактора некроза опухоли а, чаще требовалось амбулаторное лечение.

После вакцинации Гам-КОВИД-Вак в изучаемый период COVID-19 диагностирован у 18 (6,2%) из 290 больных; двум пациенткам с РА потребовалась госпитализация, у остальных отмечено легкое течение. Медиана [25-й, 75-й перцентили] концентрации антител к SARS-CoV-2 перед вакцинацией составила 470,64 BAU/ml [48,84-595,85]. Через 1 (619,55 BAU/ml [585,91-631,4]) и 3 (683,13 BAU/ml [257,48-708,85]) месяца после вакцинации вторым компонентом отмечено значимое нарастание титра антител (для двух случаев $p < 0,001$). Через 6 месяцев (548,97 BAU/ml [345,99-564,24]) отличий не получено. Какие-либо НЯ после введения первого компонента зарегистрированы у 51% пациентов, второго – у 39%. После иммунизации двумя компонентами Гам-КОВИД-Вак у 41% больных какие-либо НЯ не зафиксированы. Обострение РЗ выявлено у 2 пациентов (0,6%). Серьезных НЯ не зарегистрировано ни у одного пациента.

Выводы. Согласно полученным результатам, проблема COVID-19 является значимой для пациентов с РЗ, а применение Гам-КОВИД-Вак характеризуется хорошей эффективностью, достаточной иммуногенностью и безопасностью.

РАЗВИТИЕ КОСТНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ПЕРЕГРУЗОК И ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ВИБРАЦИИ

Лапко И.В., Климкина К.В.
Федеральный научный центр гигиены
им. Ф.Ф. Эрисмана,
Москва

Цель. Изучить особенности метаболизма костной ткани у работающих в условиях воздействия вибрации и физических перегрузок и разработать прогностическую модель формирования сенсомоторных профессиональных заболеваний с учетом нарушений костно-метаболических показателей

Материал и методы. Исследовано состояние здоровья и показатели костного метаболизма у 184 работников горнодобывающих предприятий АО «Комбинат КМАруда» и АО «Стойленский ГОК» (средний возраст 45,8±6,8 лет, средний стаж 14,6±4,6 лет). По данным санитарно-гигиенических характеристик условий труда определены показатели тяжести трудового процесса и производственной вибрации, вызывающие нарушения костного метаболизма у работников. Проведена рентгенография кистей и поясничной области, ультразвуковая денситометрия. Изучены показатели костного метаболизма: уровень остеокальцина, паратгормона, CrossLaps – коллагена, кислой фосфатазы, ионизированного кальция. С учетом полученных данных разработана прогностическая модель развития сенсомоторных заболеваний профессиональной этиологии.

Обследуемые были распределены на группы:

- 79 пациентов, профессиональная деятельность которых осуществляется в контакте преимущественно с вибрацией (группа 1);
- 49 пациентов подвергаются воздействию вибрационного фактора и физическим перегрузкам (группа 2);
- 56 человек, чья профессиональная деятельность не связана с воздействием вредных производственных факторов (газоэлектросварщики, электрослесари и слесари дежурные и по ремонту оборудования) (группа 3 – контроль).

Результаты и обсуждения. Ведущими производственными факторами, оказывающими неблагоприятное влияние на здоровье рабочих изучаемых предприятий являются локальная и (или) общая вибрация (кл.3.1-3.2), физические перегрузки (кл.3.1-3.2).

Частота выявления остеопении у обследуемых групп сравнения составила 49,4% и 57,1% соответственно, что было достоверно выше ($p<0,05$), чем в контроле – 4 случая (7,1%). Аналогичным было и соотношение частоты выявления остеопороза.

Данные ультразвуковой денситометрии продемонстрировали, что результаты, которые можно трактовать, как «норма», в группах 1 и 2 были выявлены только у 8,9% и 8,2% человек соответственно. Значения этих показателей были достоверно меньше ($p<0,05$), чем в контрольной группе, где норма по результатам ультразвуковой денситометрии была отмечена у 52 пациентов (92,9%).

Частота выявления остеопении в 1 и 2 группах составила соответственно 48,1% (38 случаев) и 53,1% (26 случаев), что было значимо выше ($p<0,05$), чем в группе контроля – 5,7%. Аналогичным было соотношение частоты остеопороза в группах обследуемых работников.

Изучение показателей костного метаболизма свидетельствовало, что уровень остеокальцина в 1 и 2 группах составил 28,1±1,1 и 33,9±0,9 нг/мл, что достоверно выше, чем в контрольной группе (21,8±1,8 нг/мл). При этом воздействие вибрации и физических перегрузок (2 группа) приводит к наиболее выраженным

изменениям уровня остеокальцина, чем воздействие только вибрационного фактора.

Уровни паратгормона также превышали контрольный уровень в основных группах. Определенные концентрации CrossLaps – коллагена в группах 1 и 3 существенно не различались, но в то же время у пациентов второй группы значение этого параметра было выше ($p<0,05$), чем в остальных группах – 0,50±0,03 нг/мл.

Уровень кислой фосфатазы в группах 1 и 2 составил 92,3±16,3 и 106,3±8,2 Ед/л соответственно, тогда как в контрольной группе – 59,9±12,8 Ед/л. Концентрация фосфора в плазме крови рабочих контрольной группы была на уровне 1,22±0,12 ммоль/л. В группах 1 и 2 значение этого показателя выше и составляло 1,57±0,18 и 1,43±0,08 ммоль/л.

Концентрация ионизированного кальция у горнорабочих, контактирующих с вредными производственными факторами (группы 1 и 2), ниже ($p<0,05$) соответствующего значения в контрольной группе.

С учетом полученных данных разработана прогностическая модель развития вибрационной болезни (в %):

$$Y1 = 15,0 + 11,3 X1 + 12,1 X2 + 16,5 X3 + 29,4 X4,$$

где – Y1 – вероятность развития вибрационной болезни (в %);

X1 – стаж работы в условиях воздействия вибрации (0 – до 2 лет, 1 – от 2 до 5 лет, 2 – более 5 лет);

X2 – уровень CrossLaps-коллагена (0 – ниже 0,40 нг/л, 1 – выше 0,40 нг/л);

X3 – активность кислой фосфатазы (1 – выше 60 Ед/мл, 0 – ниже 60 Ед/мл, нет);

X4 – наличие признаков остеопении или остеопороза (1 – есть, 0 – нет).

Выводы. 1. Проведенные исследования позволили определить информативные маркеры нарушений костного метаболизма у работников горнодобывающих предприятий и с учетом выявленных диагностических критериев научно обосновать и разработать математические модели риска развития профессиональных заболеваний периферической нервной, характеризующиеся надежностью и эффективностью. 2. Математическое моделирование, используемое в медицине труда, позволяет с высокой точностью предсказать вероятность формирования профессиональных заболеваний и оценить вклад в прогноз отдельных факторов риска.



СИСТЕМНЫЕ ПРИНЦИПЫ КОНСТРУИРОВАНИЯ БИФИДОЛАКТОБАЦИЛЛЯРНЫХ СИНБИОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Лахтин В.М.¹, Лахтин М.В.¹, Байракова А.Л.¹,
Давыдкин В.Ю.¹, Давыдкин И.Ю.¹,
Мелихова А.В.²

¹Московский научно-исследовательский институт
эпидемиологии и микробиологии
им. Г.Н. Габричевского,

²Научно-исследовательский институт системной
биологии и медицины Роспотребнадзора,
Москва

Метаболиты пробиотиков – важные средства борьбы с инфекциями, имитаторы главных и принципиально важных свойств клеток-пробиотиков.

Цель. На основании наших результатов предложить принципы конструирования бифидолактобациллярных мультипробиотиков (БЛМ).

Методы. Использование биолюминесцентных методов микроанализа фракций культуральных жидкостей бактерий в оптимизированном режиме живого изображения на приборе BioChemi Systems (UVP, США). Обобщение опубликованных наших результатов изучения пробиотических штаммов *B. bifidum* № 1, *B. adolescentis* МС-42, *B. gallinarum* ГБ, *L. helveticus* НК1, 100аш, *L. casei* КЗШ24, *L. plantarum* 8Р-А3 и пробиотиков на их основе.

Результаты. 1. Сравнительная выраженность системных свойств метаболитов пробиотических бифидобактерий и лактобацилл: 1.1. Лектиновые (гемагглютинирующие, связывающие гликоконъюгаты [ГК]): штаммоспецифичные; МС-42, НК1 и 8Р-А3 – сильно выраженные. 1.2. Катионные полисахариды (ПС) и биосурфактанты (БС): № 1 > МС-42, ГБ >> лактобациллы. 1.3. Катионные белки: МС-42 > № 1, ГБ >> лактобациллы. 1.4. Анти(*S. albicans*, *S. tropicalis*)-активность белков рI 4-4,5: бифидобактерии (деградация и лизис патогена) >> лактобациллы, Ацилакт. 1.5. Анти(*S. aureus*)-активность белков рI 4-4,5: бифидобактерии (зависит от штамма патогена) << лактобациллы, Ацилакт. 1.6. Антимикробная активность белков лактобацилл и бифидобактерий: белки рI 4-5 > белки рI 7,5-8. 1.7. Антикандидная активность катионных ПС и БС бифидобактерий << кислые белки. 1.8. Сродство кислых белков к пребиотику (L-фукану): бифидобактерии (все виды и штаммы) > лактобациллы. 1.9. Выраженность систем (не менее трех) оксидоредуктаз (КФ 1.3-11.) с рI 5-6: КЗШ24 [повышенные агрегированность и закисленность], 100аш >> НК1 (нет), бифидобактерии (нет). 1.10. Протеолитические системы (КФ 3.4-5: казеиназы и протеазы/ пептидазы) лактобацилл и бифидобактерий – штаммоспецифичные. 1.11. Катионные (олиго)пептиды и бактериоцины-подобные ГК: КЗШ24 >> 100аш, НК1. 1.12. Белок в культуральной

жидкости лактобацилл: Ацилакт, КЗШ24 > 100аш, НК1. 1.13. Устойчивость к цитолиту: бифидобактерии > лактобациллы (НК1 – максимальная). 1.14. Утилизация БС: Ацилакт >> КЗШ24, 100аш > НК1. 1.15. 100аш – штамм с промежуточной выраженностью идентифицированных систем среди штаммов Ацилакта. 1.16. Способность к действию против *S. aureus*: лактобациллы (Ацилакт – максимальная) >> бифидобактерии (есть). 1.17. Ингибиторы факторов вирулентности (IgG-, IgA-протеиназ *S. glabrata*) – белки со свойствами лектинов бифидобактерий и лактобацилл Ацилакта. 1.18. При исследовании более широкого состава лактобацилл и бифидобактерий мукозальных биотопов открытых полостей пациентов, в том числе наблюдавшихся в КДЦ при институте эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского, были выявлены изоляты и штаммы с перспективными свойствами кандидатов в пробиотические (бифидобактерии кишечника с выраженным содержанием катионных ПС и БС; лактобациллы урогенитального тракта с повышенной способностью к биофленкообразованию с клетками-мишенями-кандидами).

2. На основании результатов сформулированы принципы конструирования БЛМ (в скобках – комментарий):

2.1. Важность совместного присутствия бифидобактерий и лактобацилл в мультипробиотиках (преимущества над грамтрицательными бактериями; наличие метаболитов с синергистическими и уникальными активностями).

2.2. Участие лидерных пробиотических штаммов в БЛМ (штаммов с наиболее/крайне выраженными типами системных свойств, например, МС-42, № 1, КЗШ24, НК1; исключение штаммов с промежуточной выраженностью систем).

2.3. Наличие антибиотико/антимикотико-подобных систем у взаимодействующих штаммов в БЛМ.

2.4. Коммуникативность БЛМ через лидерные «лектиновые штаммы» с участием протеазных систем (пептидазных как собственных сигнальных, а также протеиназных как защитных) и оксидоредуктазных систем (участие в пробиотических атаках, противодействие окислительному стрессу) кофункционирующих с лектиновыми штаммов.

2.5. Способность к ницированию пробиотических атак БЛМ в ответ на «чужеродные» сигнальные ГК условно патогенных микроорганизмов с вовлечением распознающих и связывающих ГК лектиновых и ферментных систем (проверяется на штаммах-диагностикумах).

2.6. Направленность действия БЛМ (против видов и штаммов грибковых [рода *Candida*] и бактериальных грамположительных патогенов [*S. aureus*]).

2.7. Способность к внутри- и межродовой регуляции БЛМ через набор экзогенных или эндогенных [в том числе индуцируемых] пребиотиков (усилению выживаемости и стабильности консорциума в биотопе и его управляемости).

2.8. Метаболитная и субстратная взаимодополняющая сбалансированность БЛМ в системе «Бифидобактерии (доноры ПС и БС, богатых ароматическими аминокислотами белков – протекторов и участников реакций биораспознавания) – Лактобациллы (доноры пептидов казеина – антимикробных и пребиотических, липиды-содержащих эмульсификаторов)».

2.9. Учет при конструировании БЛМ перспективных изолятов и штаммов бифидобактерий и лактобацилл человека с фенотипическими признаками кандидатов в пробиотические.

Вывод. Предложенные принципы будут способствовать разработке и конструированию новых препаратов БЛМ направленного действия и с повышенной эффективностью в мукозальных биотопах организма.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВОТОКА ПО ДАННЫМ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ДОПЛЕРОМЕТРИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ ТЯЖЕЛОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНЕЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ МЕТОДА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕРМИИ

Лебедева С.К., Шалькевич Л.В.,

Кудлач А.И., Жевнеронок И.В.

Белорусский государственный медицинский университет
Институт повышения квалификации
и переподготовки кадров здравоохранения,
Минск, Беларусь

Актуальность. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия (ГИЭ) остается одной из самых актуальных проблем неонатологии и неврологии в связи с высоким риском развития тяжелых неврологических нарушений и летального исхода. По данным мировой статистики, частота тяжелой ГИЭ в популяции новорожденных составляет от 0,37 до 3 на 1000 доношенных живорожденных. Терапевтическая гипотермия, начинающаяся в течение первых шести часов после рождения, является единственной доказанной нейропротекторной терапией для лечения неонатальной энцефалопатии.

Цель. Сопоставить динамику изменений показателей кровотока у новорожденных детей с ГИЭ тяжелой и средней степени при применении терапевтической гипотермии и без нее.

Материалы и методы. Когортное проспективное исследование представляло собой изучение динамики доплерометрических показателей церебро-

васкулярного кровотока в передней мозговой артерии (ПМА), базилярной артерии (АБ), в правой и левой средних мозговых артериях (СМАпр и СМАлев соответственно) и в вене Галена. Стартовая точка контроля на 1-3 сутки после рождения, конечная точка – 20-22 сутки жизни у 22 пациентов, из которых 41% (n=9) проводилась терапевтическая гипотермия, 59% (n=13) не проводилась. Проведено сопоставление полученных данных при помощи параметрических методов статистического анализа (критерия Стьюдента).

Результаты. В группе применения метода терапевтической гипотермии у новорожденных детей с ГИЭ тяжелой и средней степени выявлено значимые изменения индекса резистентности в ПМА (среднее значение признака в стартовой точке составляет 0.597 ± 0.035 ($m = \pm 0.012$), в конечной точке 0.782 ± 0.035 ($m = \pm 0.012$), изменения признака статистически значимы ($p < 0.001$)), в АБ (среднее значение признака в стартовой точке составляет 0.601 ± 0.047 ($m = \pm 0.016$), в конечной точке 0.818 ± 0.023 ($m = \pm 0.008$), изменения признака статистически значимы ($p < 0.001$)), в СМАпр (среднее значение признака в стартовой точке составляет 0.577 ± 0.031 ($m = \pm 0.010$), в конечной точке 0.768 ± 0.025 ($m = \pm 0.008$), изменения признака статистически значимы ($p < 0.001$)), в СМАлев (среднее значение признака в стартовой точке составляет 0.579 ± 0.022 ($m = \pm 0.007$), в конечной точке 0.760 ± 0.025 ($m = \pm 0.008$), изменения признака статистически значимы ($p < 0.001$)) и не установлено значимого влияния на скорость в.Галена (среднее значение признака в стартовой точке составляет 8.667 ± 3.808 ($m = \pm 1.269$), в конечной точке 8.911 ± 2.173 ($m = \pm 0.724$), изменения признака статистически не значимы ($p = 0.836$)).

В группе новорожденных, у которым не применялась терапевтическая гипотермия выявлено менее выраженное повышение значения индекса резистентности в ПМА (среднее значение признака в стартовой точке составляет 0.662 ± 0.027 ($m = \pm 0.008$), в конечной точке 0.666 ± 0.028 ($m = \pm 0.008$), изменения признака статистически не значимы ($p = 0.213$)), в АБ (среднее значение признака в стартовой точке составляет 0.661 ± 0.047 ($m = \pm 0.013$), в конечной точке 0.662 ± 0.049 ($m = \pm 0.013$), изменения признака статистически не значимы ($p = 0.613$)), в СМАпр (среднее значение признака в стартовой точке составляет 0.649 ± 0.044 ($m = \pm 0.012$), в конечной точке 0.658 ± 0.039 ($m = \pm 0.011$), изменения признака статистически значимы ($p = 0.027$)), в СМАлев (среднее значение признака в стартовой точке составляет 0.649 ± 0.043 ($m = \pm 0.012$), в конечной точке 0.659 ± 0.034 ($m = \pm 0.008$), изменения признака статистически значимы ($p = 0.025$)). Изменения скорости кровотока в в.Галена у данной группы детей не выявлено (среднее значение признака в стартовой точке составляет 7.846 ± 2.996 ($m = \pm 0.831$), в конечной точке 7.846 ± 2.996 ($m = \pm 0.831$), изменения признака статистически значимы ($p < 0.001$)).

Заключение. Полученные данные демонстрируют более значимый рост показателей артериального

кровотока по данным цереброваскулярной доплерографии при применении метода терапевтической гипотермии и отсутствие изменений показателей венозного кровотока в группе контроля. Это может отражать особенности церебрального кровотока в неонатальном периоде у новорожденных с ГИЭ. Однако, полученные данные требуют дальнейшего анализа, в связи с отсутствием стандартизации доплерометрических показателей в неонатальном периоде у детей с неврологической дисфункцией.

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ, АРТЕРИАЛЬНАЯ РИГИДНОСТЬ И ИХ КОРРЕКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕКМЕНТА ST В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Леонидова К.О.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск

Цель. Проанализировать динамику параметров артериальной ригидности (АР), артериальной и легочной гипертензии у пациентов ОКСбпСТ.

Материалы и методы. Обследованы 112 пациентов с ОКСбпСТ с АГ на фоне ХБП 2-3 ст. (1 группа – 32 больных с развитием мелкоочагового инфаркта миокарда (ИМ), 2 группа – 80 больных ОКС, с нестабильной стенокардией (НС) с исходом в стабильную). В региональном сосудистом центре г. Курска выполнено коронарное стентирование (КС) стентами с лекарственным покрытием у 20 больных ИМ и у 64 пациентов ОКС с НС. АР оценивали с помощью объемной сфигмографии на приборе VS-1500. Регистрировали скорость распространения пульсовой волны (СРПВ), сердечно-лодыжечный сосудистый индекс (СЛСИ-CAVI), лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ-ABI), индекс аугментации в аорте (AI), центральное систолическое и пульсовое аортальное давление (цСАД и цПАД). Изучались липиды, креатинин крови, СКФ, ЭКГ, ЭхоКГ, рассчитывались показатели легочной гипертензии (СДЛА) с помощью аппарата Aloka SSD 1700. Для оценки эндотелиальной дисфункции (ЭД) использовали УЗИ метод оценки потокзависимой вазодилатации в пробе с окклюзионной реактивной гиперемией на аппарате LOGIQ 500 MD.

Определение стабильных метаболитов оксида азота производили спектрофотометрическим методом с реактивом Грисса. Исследование содержания ЭТ-1 выполняли ИФА методом с помощью набора реагентов Endothelin 1-21. После проведения КАГ ЧКВ с КС по

показаниям (n=84) пациенты с ОКСбпСТ, АГ были разделены на 2 подгруппы, которым назначили периндоприл 10 мг/сут (n=37), а при неэффективности комбинированный препарат амлодипин/ периндоприл 10/10 мг/сут (n=73). Кроме того, больные получали одинаковую комплексную стандартную терапию.

Результаты и обсуждение. У пациентов с ОКСбпСТ на фоне ХБП 2-3А ст. достоверно зарегистрировано увеличение СРПВ, цПАД, СДЛА. Корреляция между СРПВ и СКФ была более сильная в группе с ИМ. На фоне комплексной терапии периндоприлом в течение 3 месяцев наблюдалось достоверное снижение периферического давления только у 49% пациентов. А наилучшие показатели с нормализацией цСАД и цПАД и снижением СРПВ, САVI (СЛСИ) выявили на комплексной гипотензивной терапии амлодипином/ периндоприлом с нормализацией СДЛА от $43,5 \pm 4,6$ до $25,2 \pm 3,4$ мм рт. ст., с повышением содержания оксида азота в крови ($7,93 \pm 1,33$ мкмоль/л) и депрессией ЭТ у больных с ОКСбпСТ без ИМ до $0,42 \pm 0,08$ фмоль/л, с уменьшением показателей эндотелийзависимой недостаточной вазодилатации с 78% до 18%.

Выводы. У пациентов с ИБС, АГ на фоне ХБП терапия комбинированным препаратом амлодипин/ периндоприл приводит к улучшению соблюдения режима лечения и лучшему контролю АД. Врачам следует назначать двухкомпонентный препарат на ранней стадии болезни или в качестве терапии первой линии у больных с коморбидной патологией.

МИКРОВАСКУЛЯРНЫЕ РАССТРОЙСТВА – ВЗГЛЯД КАРДИОЛОГА

Леонова И.А., Болдуева С.А.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Заболевания, связанные с патологией коронарных сосудов, продолжают оставаться основной причиной обращения к кардиологу во всем мире. Несмотря на то, что у большинства пациентов выявляется обструктивное поражение коронарных артерий, существует достаточно значимая часть больных, у которых несмотря на наличие ангинозных болей, не выявляется гемодинамически значимое стенозирование венечных артерий либо, казалось бы, технически успешно выполненное вмешательство на коронарных сосудах не устраняет жалоб пациента. Микроваскулярная дисфункция лежит в основе патогенеза ишемии миокарда у таких пациентов.

Термин «коронарная микрососудистая дисфункция» включает в себя несколько патогенетических механизмов, приводящих к функциональным и/или структурным изменениям коронарных сосудов на уров-

не микроциркуляции и ишемии миокарда. Это и пациенты со стенокардией без обструктивной ИБС (так называемая «первичная» микрососудистая стенокардия, ранее называемая «кардиальный синдром Х»), а также при ряде других состояний, включая обструктивную ишемическую болезнь сердца, различные кардиомиопатии, синдром такоубо и хроническую сердечную недостаточность, особенно фенотип с сохраненной фракцией выброса.

В патогенезе первичной микроваскулярной стенокардии помимо ишемического механизма, развивающегося вследствие микроваскулярных расстройств, которые появляются на фоне эндотелиальной дисфункции, определенную роль играет и болевой механизм, возникающий по причине нарушений восприятия боли. Данные, полученные в ходе исследований патогенеза данного заболевания, доказали, что наряду с микроваскулярными расстройствами присутствуют нарушения болевой чувствительности. При этом оба механизма связаны между собой и обусловлены эндотелиальной дисфункцией, о чем свидетельствуют найденные значимые корреляции повышенного уровня циркулирующего эндотелина-1 у обследованных больных со сниженным порогом боли по данным оценки ноцицептивного флексорного рефлекса. Наряду с этим установлено, что нарушения болевой чувствительности у больных с микроваскулярной стенокардией зависят от психологических особенностей пациентов, а именно – тревожных расстройств, как личностного, так и ситуационного характера. Кроме того, в формировании ноцицептивного рефлекса у данных больных задействованы механизмы вегетативного дисбаланса, которые, в свою очередь, способствуют развитию микроваскулярных нарушений и связаны с тревожными расстройствами. Полученные результаты также объясняют тот факт, что заболевание чаще встречается у женщин в пери- или постменопаузальном периоде, когда совокупность патологических факторов, с одной стороны, приводит к развитию эндотелиальной дисфункции, в том числе коронарной (вследствие гипострогенемии, дислипидемии, артериальной гипертензии, тревожных расстройств, вегетативного дисбаланса), с другой стороны – к нарушениям перцепции боли (вследствие гиперсимпатикотонии, тревожных расстройств, гипострогенемии, эндотелиальной дисфункции, приводящей к увеличению выработки эндотелина, аденозина и других «болевого мессенджера»).

Многочисленные исследования показали, что острая дисфункция микроциркуляторного коронарного русла довольно часто служит причиной развития синдрома такоубо, особенно у женщин в перименопаузе без ишемической болезни сердца в анамнезе. Было выявлено, что у женщин с синдромом такотсубо в анамнезе наблюдалась чрезмерная вазоконстрикция и нарушения периферической вазодилатации после воздействия острого психического стресса.

Как уже было упомянуто ранее, в настоящее время считается, что микроваскулярная дисфункция может лежать в основе хронической сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса левого желудочка. Экспериментальные исследования показали, что ограниченная эндотелиально-зависимая биодоступность NO способствует пролиферации фибробластов и миофибробластов и влияет на энергозависимое расслабление кардиомиоцитов за счет гипофосфорилирования цитоскелетного белка тайтина. Более того, воспаленный микрососудистый эндотелий обеспечивает миграцию моноцитов и высвобождение трансформирующего фактора роста (TGF)- β , который способствует дифференцировке фибробластов в миофибробласты, а также производство коллагена и перекрестное сшивание. Спорным остается вопрос о том, приводит ли микроваскулярная дисфункция к диастолической дисфункции и, в конечном счете, к хронической сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса левого желудочка, или же типичные изменения, связанные с сердечной недостаточностью, вторично приводят к микроваскулярной дисфункции.

Таким образом, коронарная микроваскулярная дисфункция представляет собой сочетание структурных и функциональных нарушений, влияющих на коронарную микроциркуляцию.

ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА D НА ЧАСТОТУ РАННИХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ИНТЕНСИВНОСТЬ ВОСПАЛЕНИЯ

Лесниченко Д.А., Майлян Э.А., Джеломанова С.А.
Донецкий государственный медицинский
университет им. М. Горького,
г. Донецк

Климактерический синдром (КС) является совокупностью обменно-эндокринных, вегетативно-сосудистых и психических нарушений, возникающих в результате угасания гормональной функции яичников на фоне общего старения организма. Частоту и тяжесть ранних клинических проявлений климактерия ряд авторов связывает с наличием выраженного системного воспаления. Наиболее эффективным способом уменьшения симптомов КС является заместительная гормональная терапия (ЗГТ). Однако использование ее у женщин в постменопаузе имеет ряд противопоказаний, и не всегда обеспечивает исчезновение симптоматики. Одним из малоисследованных направлений в купировании ранних проявлений КС является использование витамина D, дефицит которого связан с клиническими проявлениями заболевания. Однако сведения о влиянии витамина D на ранние климактерические симптомы единичны и противоречивы.

Цель работы. Оценить динамику клинических проявлений климактерического синдрома и сывороточные уровни провоспалительного интерлейкина-6 при использовании препарата витамина D в комплексе со стандартной заместительной гормональной терапией у женщин раннего постменопаузального возраста.

Материалы и методы исследования. Обследовано 188 женщин в возрасте 48-57 лет с продолжительностью менопаузы до 5 лет. 73 женщины с отсутствием клинических проявлений КС составили контрольную группу. Из 115 женщин с наличием клинических проявлений КС 58 человек (группа сравнения) получали в течение 6 месяцев стандартную гормональную заместительную терапию препаратом Фемостон® 1/10, еще 57 женщинам (основная группа) в дополнение к аналогичному 6 месячному курсу ЗГТ был назначен прием препарата холекальциферола Аквадетрим®. По истечении 6 месяцев повторно было обследовано 104 пациента (53 женщины группы сравнения и 51 женщина основной группы). С помощью опросника оценки тяжести симптомов менопаузальных расстройств (шкала Грина) исследовалась частота наличия у женщины симптомов психосоциальной сферы. Концентрацию интерлейкина-6 определяли в сыворотке периферической крови методом иммуноферментного анализа.

Полученные результаты и их обсуждение. Изолированное использование ЗГТ обусловило достоверное снижение удельного веса женщин, предъявляющих жалобы на нарушения сна (с 77,6% до 56,6%; $p=0,032$) и на чувство недовольства или депрессию (с 75,9% до 54,7%; $p=0,033$). ЗГТ в комплексе с препаратом витамина D сопровождалась не только снижением частоты нарушения сна (с 77,2% до 54,9%; $p=0,026$) и чувства недовольства или депрессии (с 78,9% до 49,0%; $p=0,003$), но и значимым уменьшением частоты регистрации жалоб на чувство напряженности и нервозности (с 57,9% до 35,3%; $p=0,032$), приступы тревоги и паники (с 63,2% до 39,2%; $p=0,023$), а также на чувство усталости или недостатка энергии (с 77,2% до 56,9%; $p=0,042$).

В результате ЗГТ, вне зависимости от использования препарата витамина D, отмечено достоверное ($p<0,001$) снижение концентрации ИЛ-6. Содержание его на фоне изолированной ЗГТ снизилось с 1,1 [0,2; 1,6] до 0,4 [0,0; 1,2] пг/мл, а на фоне комбинации ЗГТ с препаратом витамина D – с 0,5 [0,1; 1,2] до 0,0 [0,0; 0,9] пг/мл. В результате концентрация ИЛ-6 в обеих группах достоверно не отличалась ($p>0,05$) от показателя женщин без КС, равного 0,5 [0,1; 0,9] пг/мл.

Таким образом, использование ЗГТ вне зависимости от приема холекальциферола приводит к снижению частоты регистрации ряда симптомов психосоциального кластера шкалы Грина ($p<0,05$). При этом исчезновение отдельных симптомов (чувство напряженности и нервозности, приступы тревоги и паники,

чувство усталости или недостатка энергии) обнаруживается только на фоне приема препарата витамина D ($p<0,05$ - $p<0,01$). Вне зависимости от использования препарата витамина D, регистрируется достоверное ($p<0,001$) снижение концентрации ИЛ-6 до значений, регистрируемых среди женщин без КС.

Выводы. При обследовании 188 женщин 48-57 лет в период ранней постменопаузы, 115 из которых имели климактерический синдром, установлено, что использование ЗГТ женщинами с КС вне зависимости от приема холекальциферола приводит к снижению частоты регистрации ряда симптомов психосоциальной сферы шкалы Грина ($p<0,05$). При этом, уменьшение частоты регистрации жалоб на такие признаки КС, как чувство напряженности и нервозности, приступы тревоги и паники, чувство усталости или недостатка энергии обнаруживается только в группе женщин, которые наряду с ЗГТ получали препарат витамина D ($p<0,05$ – $p<0,01$). Вне зависимости от использования препарата витамина D, регистрируется достоверное ($p<0,001$) снижение концентрации интерлейкина-6 до значений, регистрируемых среди женщин без КС. Результаты исследования целесообразно использовать при назначении лечебно-профилактических мероприятий женщинам с климактерическим синдромом.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПОВТОРНЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА НА ФОНЕ НАРУШЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ В ЗОНЕ РАННЕ УСТАНОВЛЕННОГО СТЕНТА И ВНЕ ЕГО

Луцик Е.А.¹, Скородумова Е.А.², Костенко В.А.²

¹Всеволожская клиническая межрайонная больница,

²НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе,

Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить отдаленные результаты лечения повторного инфаркта миокарда (ИМ) у пациентов с тромбозом/стенозом в ранее установленном стенте или нарушением проходимости коронарной артерии вне его на фоне прогрессирования атеросклероза.

Материалы и методы. Обследовано 195 больных с повторным ИМ, выписанных из СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе в 2018-2021 гг. На госпитальном этапе им проведено стентирование инфаркт-зависимой коронарной артерии в настоящую и в предыдущую госпитализации. Использовались голометаллические стенты (22,8%) и стенты с лекарственным покрытием (77,2%). Все больные получали терапию

ИМ согласно национальным рекомендациям. Выполнялись стандартные обследования. Пациентов разделили на две группы. Первая (I) выборка – 97 человек с тромбозом/стенозом в стенке: 79,38% мужчин, 20,62% женщин, средний возраст – 64,4±1,1 года. ИМ с подъемом ST – у 64 человек, у 33 – ИМ без подъема сегмента ST. Вторая (II) группа, стеноз вне стента, установленного ранее – 98 человек: 62,25% мужчин, 37,75% женщин, средний возраст – 65,5±1,2 года. ИМ с подъемом сегмента ST – у 63 человек, у 35 – ИМ без подъема сегмента ST. Длительность наблюдения составила 26 месяцев. Оценка проводилась путем телефонного интервьюирования самих пациентов или их родственников (в случае, если пациент не мог самостоятельно предоставить необходимую информацию). Данные статистически обработаны.

Результаты и обсуждение. В стационаре с повторным ИМ умерло 17 человек (из 212 госпитализированных), в постгоспитальном периоде 39 больных были не доступны контакту. Таким образом, анализу на отдаленном этапе подверглось 156 пациентов. В I выборке было 77 человек, во II – 79 больных.

За период наблюдения у больных I группы: острая декомпенсация хронической сердечной недостаточности зарегистрирована у 59,75% (46 человек), во II – в 40,51% случаев (32 пациента) ($p=0,017$), в то время как стенокардия напряжения на уровне II-III функционального класса у людей из I выборки была зарегистрирована в 53,25% случаев (41 человек), из II группы – 46,84% (37 пациентов) ($p>0,05$). Острый коронарный синдром с последующей госпитализацией и выполнением чрескожного коронарного вмешательства во II группе встречался достоверно чаще: пациенты из I выборки госпитализировались в 5,2% случаев (4 человека), против 31,65% (25 пациентов) больных из II ($p<0,05$). Летальность в постгоспитальный период: в I выборке – 27,28% (21 человек), во II группе – 12,66% (10 пациентов) ($p=0,03$). Летальность за весь период наблюдения, включая стационарный этап, у больных I группы составила 30,91% (34 человека), во II группе – 13,74% (14 пациентов), $p=0,003$.

Выводы. Острая декомпенсация хронической сердечной недостаточности в отдаленном периоде наблюдения, чаще встречалась у пациентов с нарушенной проходимостью ранее установленного стента.

Стенокардия напряжения на уровне II-III функционального класса встречалась в обеих группах сопоставимо.

Повторный нефатальный инфаркт миокарда или нестабильная стенокардия в отдаленном периоде наблюдения, встречались достоверно чаще у людей, ранее перенесших ИМ на фоне тромбоза/стеноза вне стента.

У пациентов с инфарктом миокарда на фоне нарушения проходимости стента общая, а также постгоспитальная, летальность превышает таковую при стенозе/тромбозе вне его.

ДИАГНОЗ «ОРВИ» В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА

Львов Н.И., Мальцев О.В.,
Передельский Е.В., Шарабханов В.В.
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Определить основные ошибки при формулировке диагноза заболеваний из группы «ОРВИ» при направлении на стационарное лечение.

Материалы и методы. В исследовании ретроспективно по медицинским документам изучены клинические диагнозы направления на стационарное лечение пациентов с заболеваниями из группы «ОРВИ», результаты лабораторной верификации диагноза методом ПЦР. В ходе исследования сведения сопоставляли между собой, а также со сведениями, составляющими специальные знания и регламентированные в документах в части касающейся диагностики и формулировки диагноза: Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; СанПиН 3.3686-21. «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», глава XXXIV. «Профилактика гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций» (Зарегистрировано в Минюсте России 15.02.2021 N 62500); Рубрикатор клинических рекомендаций (КР) (cr.minzdrav.gov.ru); Клинические рекомендации «Грипп у взрослых» (ID-749, 2022 г.); Клинические рекомендации «Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) у взрослых» (ID-724, 2021 г.).

Результаты и обсуждение. Ретроспективно изучены медицинские документы (направления на госпитализацию, сопроводительные листы, истории болезни, результаты ПЦР) 1679 пациентов, госпитализированных с диагнозом «ОРВИ» в инфекционный стационар в эпидемические сезоны 2015-2016 и 2016-2017 гг. Предварительные диагнозы (диагнозы направления) в рамках оказания первичной врачебной помощи или скорой медицинской помощи формулируют врачи-терапевты, врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (ст.32 ФЗ №323). Только в 0,2% случаев в диагнозе направления была указана нозологическая форма «Грипп», тогда как в последствии лабораторно методом ПЦР грипп был верифицирован у 36,0% ($p<0,05$) от общего количества госпитализированных. Во всех остальных случаях в диагнозах направления значились понятия «ОРВИ» и/или клинические варианты в соответствии с МКБ-X (J00-J06). Регламентирующими документами установлено, что при формулировке диагноза «Острая респираторная вирусная инфекция» учитывают нозологическую форму, клиническую форму, степень тяжести, период болезни и приводят его обоснование

(КР-724). Согласно КР-749 и КР-724, нозологическая форма – совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание и отнести его к группе состояний с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями. Применительно к заболеваниям из группы «ОРВИ» нозологическими формами являются грипп, парагрипп, аденовирусная инфекция (АДВИ), риновирусная инфекция (РВИ), респираторно-синцитиальная вирусная инфекция (РСВИ), метапневмовирусная инфекция (МПВИ) и т.д. С учетом п.2669 СанПиН 3.3686-21 лабораторную верификацию ОРВИ проводят по ограниченному показанию (госпитализация с тяжелой степенью тяжести, нетипичной клинической формой, высоким риском неблагоприятного исхода, регистрация очагов заболеваемости). В исследовании методом ПЦР помимо гриппа лабораторно были верифицированы парагрипп (0,4%), АДВИ (1,6%), РВИ (2,7%), РСВИ (3,3%), МПВИ (0,4%). У 55,2% госпитализированных пациентов методом ПЦР диагноз не был верифицирован. В этой группе пациентов были диагностированы другие инфекционные заболевания, клиническая картина которых в начальном периоде и/или периоде разгара сопровождается развитием респираторных синдромов (корь, энтеровирусная, ротавирусная, «сезонная» коронавирусная инфекции и т.д. и т.п.), а также неинфекционные заболевания (обострения хронической очаговой инфекции, дебюты или обострение соматической патологии). В связи с высокой долей лабораторно неверифицированных «ОРВИ», диагноз (в т.ч. нозологическую форму) можно установить только после исключения синдромосходных (лихорадка, общая инфекционная интоксикация, респираторные синдромы) инфекционных и неинфекционных заболеваний и обосновывать эпидемиологическими и клиническими данными, как при гриппе в период эпидемических подъемов (п. 2680 СанПиН 3.3686-21).

Выводы. Основными ошибками при формулировке диагноза заболеваний из группы ОРВИ являются: отсутствие определения нозологической формы (99,8%), клинической формы и/или клинического варианта (36,4%), степени тяжести (18,2%), периода болезни (56,8%), эпидемиологического и клинического обоснования (100,0%), а также осложнений (10,4%) и сопутствующих диагнозов (92,7%). Отсутствие указания в диагнозе направления и/или предварительном диагнозе нозологической формы заболевания (грипп, парагрипп, РВИ, АДВИ, РСВИ, МПВИ и т.д.) создает предпосылки несвоевременного оказания и/или оказания неадекватной медицинской помощи, в частности назначение при гриппе противовирусных препаратов широкого спектра действия и, наоборот, при ОРВИ негриппозной этиологии – селективных прогриппозных препаратов. Это приводит к нерациональному расходованию средств, более частому развитию прогрессирования заболевания, специфических осложнений, критических состояний и летальных исходов.

СОДЕРЖАНИЕ ЭКЦИЗИОННЫХ КОЛЕЦ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ COVID-19 И ВЫЗДОРОВЕВШИХ

Любимова Н.Е.

Научно-исследовательский институт
эпидемиологии и микробиологии им. Пастера,
Санкт-Петербург

Введение. При некоторых инфекционных заболеваниях значительно снижается количество Т- и В-лимфоцитов. Вирус SARS-CoV-2 может вызвать истощение Т-лимфоцитов у пациентов с COVID-19. Концентрацию TREC в периферической крови рассматривают как показатель функциональной активности тимуса – его способности продуцировать Т-лимфоциты. Содержание KREC также является маркером эффективности В-клеточного звена иммунной системы. TREC и KREC могут быть прогностическими маркерами не только тяжести, но и исхода COVID-19.

Цель работы. Оценить влияние коронавируса SARS-CoV-2 на показатели иммунитета TREC и KREC у взрослых людей.

Материалы и методы. Обследовано 68 больных от 26 до 83 лет, находящихся в острой фазе заболевания новой коронавирусной инфекции COVID-19. В группу входило 18 человек от 45 до 83 лет, позднее умерших от коронавирусной инфекции, и 50 выживших пациентов возрастом от 26 лет до 81 года. Кроме того, 24 выздоровевших были повторно обследованы через 77-114 дней после выздоровления. Методом мультиплексной ПЦР измерена концентрация TREC и KREC в периферической крови.

Результаты и обсуждение. Не было выявлено межполовых различий в концентрации эксцизионных колец во всех обследованных группах. Наблюдается достоверное снижение количества TREC у больных, позднее выздоровевших, по сравнению с контрольной группой того же возраста в 4 раза ($p < 0,0001$). Также количество TREC у умерших пациентов значительно ниже (в 27 раз), чем в контрольной группе ($p < 0,0001$). Кроме того, концентрация TREC у умерших больных ниже в 7 раз по сравнению с выздоровевшими ($p < 0,05$). В то же время количество KREC у выживших больных достоверно не отличалось от контроля, тогда как концентрация этих эксцизионных колец была достоверно ниже у умерших больных по сравнению с контрольной группой (в 4 раза) ($p < 0,0001$).

У 24 переболевших новой коронавирусной инфекцией был проведен повторный анализ концентрации эксцизионных колец через 77-114 дней после выздоровления. Концентрация TREC у выздоровевших осталась достоверно ниже контрольных значений. Концентрация KREC не отличалась от контроля.

Выводы. Таким образом, самая низкая концентрация TREC и KREC была у больных с неблагоприятным исходом заболевания (умерших). У больных с благоприятным исходом (выздоровевших) в острой фазе заболевания уровни TREC и KREC оказались ниже контрольных значений. Даже спустя несколько месяцев после выздоровления концентрация TREC так и не восстановилась по сравнению с контрольными значениями. Коронавирус отрицательно влияет на показатели иммунитета человека, значительно уменьшая количество Т- и В-клеток. Кроме того, по видимому, концентрация TREC и KREC в периферической крови человека может быть прогностическим маркером выживаемости при новой коронавирусной инфекции.

ИННОВАЦИИ В ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЖИ

**Мавлянова Ш.З., Муллаханов Ж.Б.,
Мирзакулова Ш.**

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

Неуклонный рост аллергических заболеваний кожи, особенно тяжелых форм заболеваемости среди населения ставит перед клиницистами ряд серьезных вопросов в плане проведения дезинтоксикационной терапии. Такое явление на наш взгляд связано с воздействием факторов социально-экономического и экологического характера. Этот негативный процесс выражается хронизацией заболеваний человека, ростом осложненных форм в трудоспособных группах населения, летальных исходов и снижением средней продолжительности жизни больных.

В развитии тяжелых форм аллергических заболеваний кожи особое место занимает синдром эндогенной интоксикации (СЭИ), так как его формирование отражается органной и полиорганной недостаточностью организма, а также состоянием кожи.

С целью изыскания новых методов детоксикации у больных аллергическими заболеваниями кожи в рамках прикладного гранта разработан пелоидотерапия с применением активированного природного минерала – глауконит (далее фатигрин) из месторождения Узбекистана.

Цель исследований. Оценка показателей эндогенной интоксикации с учетом состояния микробиоты кожи у больных атопическим дерматитом на фоне пелоидотерапии с применением глауконитовой минеральной маски «фатигрин».

Материал и методы исследования. Обследованы 72 больных с атопическим дерматитом в возрасте от 12 до 43 лет. Среди них лица женского пола составили – 39 и мужского пола – 33. У всех больных проводили клинические (SCORAD), биохимические, микробиологические и статистические исследования. Контрольную группу составили 43 здоровых лиц без кожных проявлений соответствующего возраста.

Результаты исследования. Для оценки терапевтической эффективности больные были разделены на 2 группы: I – основная группа – 35 больных АД, получавшие пелоидотерапию с применением глауконитовой минеральной маски «фатигрин» на фоне комплексной терапии; II – группа – 32 больных АД, получавшие стандартную терапию (гипосенсибилизирующей, антигистаминной терапии и топической противовоспалительной терапии).

Результаты исследования показали, что у больных атопическим дерматитом отмечается эндогенная интоксикация организма, характеризующиеся повышением концентрации ССЭ в 1,6 и пептидов средней молекулы – в 1,9 раз по сравнению с контрольной здоровой группой, а также сопровождается с нарушением синдрома колонизационной резистентности условно-патогенных микроорганизмов со сдвигом рН кожи в щелочную среду, зависящая от степени тяжести заболевания. ($P < 0,05$)

Заключение. Применение пелоидотерапии с глауконитовой минеральной маски «фатигрин» в комплексной терапии больных с атопическим дерматитом способствует более выраженному снижению степени эндогенной интоксикации организма, чем стандартная терапия. Полученные данные свидетельствуют о детоксицирующей способности минеральной маски «фатигрин» наружного действия, что можно рекомендовать широкому внедрению дерматологической практике.

АНАЛИЗ МОЛЕКУЛЯРНО- ГЕНЕТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА (RS1800790) G-455A ГЕНА FGB У БОЛЬНЫХ С АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ

Мавлянова Ш.З., Исмагилов А.И., Кодирова М.А.
Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр
дерматовенерологии и косметологии,
Ташкент, Узбекистан

Акантолитическая пузырчатка (АП) – представляет собой одной из тяжелых дерматозов, сопровождающиеся поражением кожи и/или слизистых оболочек, ведущую роль в патогенезе которого отводят аутоим-

мунным реакциям, приводящим к вредному действию циркулирующих ауто-антитела, которые направлены против компонентов десмосом, в первую очередь десмоглеина 3 (Dsg 3) и десмоглеина 1 (Dsg1), белки семейства кадгеринов.

Генетический вклад в патогенез АП, что подтверждается этнической кластеризацией, семейной агрегации дерматоза, а также наличия аутоиммунных состояний в семье больного.

Цель исследования. Оценка выявляемости аллельных вариантов и генотипов ассоциации полиморфизма гена гемостаза и фибринолиза – FGB у больных акантолитической пузырчаткой.

Материал и методы исследования. Обследованы 42 больных с вульгарной пузырчаткой в возрасте от 18 до 61 лет. Среди них лица мужского пола составили – 17 и женского – 25 больных. У всех больных проводили клинико-лабораторные, цитологические, биохимические, молекулярно-генетические и статистические исследования. Все больные консультировались смежными специалистами (терапевт, окулист, эндокринолог, хирург и др.). Контрольную группу составили 33 здоровых лиц в соответствующем возрасте без каких-либо кожных заболеваний.

Результаты исследования. Молекулярно-генетические исследования сравнительных анализ частот распределения аллелей и генотипов полиморфизма G-455A гена фибринолиза FGB среди 84 образцов ДНК у 42 больных с АП в 72,6% (61/84) случаев обнаружили наличие нормального аллеля G ($\chi^2=15.8$; $P=0,005$; $OR=0.08$; 95% CI 0.02-0,37), а в 27,4% (23/84).

Тогда как, в контрольной группе у 33 здоровых лиц частота встречаемости нормального аллеля G гена FGB составило 96,9% (64/66), а мутантного аллеля A гена FGB составило – 3,03% (2/66) соответственно.

Оценка частот распределение генотипов данного полиморфизма также выявило достоверные отличия между основной группой больных с АП и контрольной здоровой группой ($P<0.05$). Так, ассоциация полиморфизма функциональных A/A генотипов были выявлены у 24/42 больных с АП, что составило 57,1% случаев. ($\chi^2=13.1$; $P=0,001$; $OR=0.09$; 95% CI 0.02-0,41).

Тогда как, гетерозиготные генотипы G/A гена FGB выявлены у 13 из 42 больных, что составило 30,9% соответственно. ($\chi^2=15.8$; $P=0,005$; $OR=6.9$; 95% CI 1,44-33,5). Мутантные генотипы A/A определены у 5/42, что составило 11,9% случаев. ($\chi^2=15.8$; $P=0,005$; $OR=9.8$; 95% CI 0,5-184,5).

В группе контрольной здоровых лиц выявляемость функционирующих генотипов G/G выявлено у 31 из 33, что составило 96,9%, тогда как гетерозиготных генотипов G/A – у 2 из 21 и составило 6,1%, что в 5,1 раз был ниже по сравнению с показателями основной группы больных с АП. Мутантные гомозиготные генотипы A/A гена FGB в обеих обследуемых группах не обнаружено.

Заключение. Анализ результатов молекулярно-генетических исследований свидетельствует о том, что аллель A и гетерозиготные генотипы полиморфизма

G/A гена FGB являются значимыми молекулярно-генетическими маркерами риска развития акантолитической пузырчатки в узбекской популяции ($P<0,05$), что можно использовать для раннего прогнозирования дерматоза. ($\chi^2=15.8$; $P=0,005$; $OR=6.9$; 95% CI 1,44-33,5; $\chi^2=15.8$; $P=0,005$; $OR=9.8$; 95% CI 0,5-184,5).

ЗНАЧИМОСТЬ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ КОЛОНИЗАЦИИ СТАФИЛАКОККОВОЙ ФЛОРЫ У БОЛЬНЫХ КОЖНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Мавлянова Ш.З., Хакимов Д.Р., Махсудов М.Р.

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

В мире отмечается неуклонный рост аллергических заболеваний кожи среди населения. В хронизации и рецидивности заболевания особое место занимает состояние кожного покрова, ее микробиота, pH кожи и местный иммунитет. Описано, что микробная флора кожи у значительной части больных аллергодерматозами вызывает осложнения у 45-90% больных, утяжеляя течение основного заболевания.

Цель исследования. Оценка состояние микробиоты кожи и определение степени колонизации стафилококков на коже в клиническом течении у больных кожными заболеваниями.

Методы исследования. Нами обследовались 462 больных с кожными заболеваниями в возрасте от 7 до 48 лет. Из них 200 (43,3%) больных составили лица мужского пола и 262 (56,7%) – лица женского пола. По клинической нозологии 137 (34,2%) больных составили с диагнозом атопический дерматит (АД), себорейный дерматит (СД) – 134 (33,4%), аллергодерматит (АлД) – 144 (31,2%) и розацеа – 47 (10,2%). У всех больных проводили клинические (SCORAD, SEDASI, ДИШС), микробиологические и статистические исследования. Контрольную группу составили 72 здоровых лиц соответствующего возраста.

Результаты исследования. Результаты микробиологических исследований показали, что среди 462 больных у 403 на коже очагов поражения был высеян staphylococcus spp., что составило 87,2% случаев. По видовой идентификации наиболее часто высевали st. aureus – 44,4%, St. epidermidis – 32,7%, St. saprophyticus – 12,4% и St. Haemolyticus – 10,4%.

У обследованных больных на коже очагов поражения отмечается повышенная колонизация стафилококковой флоры, что статистически достоверно отличался от показателей контрольной здоровых лиц ($P<0,05$).

Анализ корреляционной связи степени колонизации со степенью тяжести клинического течения заболеваний имел переменный характер: при легкой степени тяжести обсемененность *St. aureus* имел статистическую корреляционную связь $r=+0,5$ и $r=+0,4$ у больных атопическим дерматитом и аллергодерматитами ($P<0,05$), *St. epidermidis* обратную достоверную корреляционную связь – в группе больных АД и розацеа ($r=-0,5$) ($P<0,05$). *St. Saprophyticus* – в группе больных с АД ($r=+0,4$, $P<0,05$) и с АД – $r=+0,3$. *St. Haemoliticus* – прямую корреляционную связь с АД – $r=+0,4$ ($P<0,05$).

Тогда как при средней степени тяжести дерматозов, в группе больных АД прямую корреляционную связь имел *St. aureus* – $r=+0,3$, *St. saprophyticus* – $r=+0,5$ ($P<0,05$), в группе больных себорейным дерматитом *St. Haemoliticus* – $r=+0,9$ ($P<0,05$), тогда как в группе больных розацеа статистически достоверную корреляционную связь показал с *St. epidermidis* – $r=+0,5$ ($P<0,05$).

При тяжелой степени тяжести у больных АД показал достоверную корреляцию с *St. Aureus* и *St. saprophyticus* – $r=+0,4$ ($P<0,05$), *St. Haemoliticus* – $r=+0,5$ ($P<0,05$) соответственно.

Заключение. Результаты исследования свидетельствуют о том, что у больных хроническим течением заболеваемости отмечается нарушение синдрома колонизационной резистентности условно-патогенных микроорганизмов.

ОЦЕНКА КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ НА ФОНЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Мадина Р.Б., Ахмедов Х.С.

Ташкентская медицинская академия,

Ташкент, Узбекистан

Цель. Провести оценку кардиоваскулярных рисков у пациентов с анкилозирующим спондилоартритом на фоне перенесенной коронавирусной инфекции.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 100 больных с диагнозом анкилозирующий спондилоартрит, перенесшие COVID-19. Средняя продолжительность заболевания АС составила $8,3\pm 0,6$ лет. Средний возраст составил $55,2\pm 1,3$ лет, контрольную группу составили 40 здоровых лиц, средний возраст которых составил $33,5\pm 1,6$ лет. Всем пациентам были проведены общеклинические, лабораторно-инструментальные методы диагностики, оценка активности заболевания по шкале ВАШ и индексам BASDAI, BASMI, ASDAS. У всех пациентов

осуществлялся скрининг артериальной гипертонии (АГ) и классических факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Диагноз АГ устанавливался при трехкратном выявлении артериального давления выше 140 и 90 мм рт.ст. Для всех пациентов рассчитывали 10-летний коронарный риск (риск развития ИБС) по Фремингемской шкале. Для определения эндотелина-1, как основного маркера эндотелиальной дисфункции была взята сыворотка венозной крови пациентов и исследована методом ИФА. Факт перенесенной коронавирусной инфекции устанавливался на основании ИФА исследования сыворотки крови на определение IgG к Sars-CoV.

Результаты. У 31 (31%) пациента зарегистрирована АГ 1-й и 2-й степени. Адекватную гипотензивную терапию среди них получали 15 пациентов (48,3%). Выявленная частота встречаемости АГ у пациентов с анкилозирующим спондилитом близка к распространенности АГ в общей популяции (26,4%). При анализе нарушений липидного обмена установлено снижение уровня липопротеинов высокой плотности (61%) при относительно низкой (13%) частоте выявления гиперхолестеринемии. Среднее значение ИМТ составило $23,4\pm 4,6$ кг/м², большинство пациентов (64%) имело нормальную массу тела (ИМТ= $18,5-24,9$ кг/м²), 7% больных имели дефицит массы тела (ИМТ <25 кг/м²), в том числе 11% – ожирение (ИМТ >30 кг/м²). Десятилетний риск фатальных сердечно-сосудистых событий по шкале SCORE у обследованных пациентов составил 1,0 [1,0; 2,0] %, что может считаться низким уровнем. При этом лишь 5 пациентов имели 10-летний фатальный риск 5% и более (от 5 до 7%). Показатели эндотелина -1 у лиц основной группы составили $243,4\pm 9,1$ пг/мл, в то время, как у здоровых лиц они составили $48,1\pm 7,4$ пг/мл ($<0,001$).

Вывод. Установлен высокий риск развития ИБС и фатальных сердечно-сосудистых событий у пациентов с анкилозирующим спондилитом. Результаты анализа дополнительных факторов риска указывают на наличие у пациентов с анкилозирующим спондилитом признаков повреждения, дисфункции эндотелия. Коронавирусная инфекция усиливает выраженность дисфункции эндотелия, приводя к необратимым атеросклеротическим изменениям сосудов вплоть до развития недостаточности кровообращения, что в дальнейшем сказывается на качестве жизни и развитие грозных осложнений.



МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗУ С ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Майлян Э.А., Жадан Е.С.
Донецкий государственный медицинский
университет им. М. Горького,
г. Донецк

На сегодняшний день заболеваемость хеликобактерной инфекцией во всем мире не снижается и остается на довольно высоком уровне. Предполагается, что хронические гастродуоденальные и внежелудочные заболевания, ассоциированные с *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), оказывают негативное воздействие на костный метаболизм и могут повышать риск остеопоротических переломов, особенно у женщин постменопаузального возраста.

Цель. Изучить минеральную плотность кости (МПК) правой бедренной кости у женщин постменопаузального возраста с позитивными серологическими результатами на хеликобактерную инфекцию.

Материалы и методы. Для изучения возможного влияния хеликобактерной инфекции на развитие остеопоротических нарушений шейки и всего проксимального отдела правой бедренной кости была обследована 301 женщина в постменопаузальном возрасте. Показатели (Me [Q1; Q3]) возраста обследованных пациентов составили 62 [56; 68] года, а длительности постменопаузального периода – 13 [7; 20] лет. Исследования включали выполнение всем пациентам остеоденситометрии (метод DEXA) и тестирование сыворотки крови на специфические антитела класса М и суммарные антитела (IgA, IgM, IgG) к антигену CagA *H. pylori* (иммуноферментный анализ).

Результаты и обсуждение. Установлено, что в общей группе женщин наличие позитивного теста на антитела к *H. pylori* сочеталось со снижением минеральной плотности шейки и всего проксимального отдела правой бедренной кости на 7,1% (0,646 [0,607; 0,707] г/л против 0,695 [0,636; 0,778] г/л; $p=0,006$) и 5,3% (0,783 [0,711; 0,877] г/л против 0,827 [0,760; 0,912] г/л; $p=0,009$) соответственно.

Ассоциация хеликобактериоза с МПК шейки и всего проксимального отдела правого бедра была подтверждена и корреляционным анализом. При проведении ранговой корреляции Спирмена в общей группе женщин была показана отрицательная связь между наличием позитивных серологических результатов на *H. pylori*, выраженных в виде коэффициента позитивности, и минеральной плотностью шейки и всего проксимального отдела правой бедренной кости ($r_s=-0,156$; $p=0,0068$ и $r_s=-0,177$; $p=0,002$ соответственно).

Выводы. Полученные результаты могут быть использованы при проведении диагностических и лечебно-профилактических мероприятий женщинам в постменопаузальный период.

УРОВЕНЬ НАСЫЩЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D И ОСОБЕННОСТИ ПРОДУКЦИИ ОСТЕОКЛАСТОГЕННОГО ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 У ЖЕНЩИН С ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ, СЕРОПОЗИТИВНЫХ НА HELICOBACTER PYLORI

Майлян Э.А., Жадан Е.С.
Донецкий государственный медицинский
университет им. М. Горького,
г. Донецк

Считается, что нарушение функции желудочно-кишечной системы при поражении *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) существенно снижает абсорбцию не только кальция, но и витамина D и других питательных веществ, поступление которых в организм имеет критически важное значение для костеобразования. При инфекции *H. pylori* и развитии остеопороза есть общие механизмы, связанные с образованием провоспалительных цитокинов. Причем наиболее высокий уровень интерлейкинов (IL) определяется при инфицировании CagA-позитивными штаммами *H. pylori*.

Цель работы. Исследование уровней 25-гидроксивитамина D и интерлейкина-6 в сыворотке крови при постменопаузальном остеопорозе у женщин с позитивным тестом на антитела к антигену *H. pylori* (CagA+).

Материалы и методы. В исследование было включено 250 женщин в постменопаузальном возрасте. Показатели (Me [Q1; Q3]) возраста составили 62 [56; 68] года, а длительности постменопаузального периода – 13 [7; 20] лет. Для исследования минеральной плотности кости всем женщинам выполняли денситометрию костной ткани методом DEXA, для чего использовали денситометры «Discovery W» и «Prodigy» (США). У всех пациентов в образцах сыворотки крови определяли содержание 25(OH)D, концентрации IL-6 и суммарные антитела (IgA, IgM, IgG) к антигену CagA возбудителя хеликобактериоза. Для этого использовали иммуноферментный анализ.

Результаты. Установлено, что в группе женщин с постменопаузальным остеопорозом наличие хеликобактериоза сочеталось с более низкими показателями 25-гидроксивитамина D в сыворотке крови (17,3 [11,4; 20,5] нг/мл против 20,3 [15,2; 28,2] нг/мл, $p=0,045$).

Значения IL-6 в сыворотке крови у женщин постменопаузального возраста также зависели от инфицирования *H. pylori* ($p < 0,05$). В группе пациентов с остеопенией наличие позитивных результатов серологического анализа на антитела к возбудителю *H. pylori* сочеталось с повышением в 2,3 раза содержания сывороточного IL-6 по сравнению с пациентами, имеющими отрицательный ответ на суммарные антитела к хеликобактеру (1,4 [0,5; 3,4] пг/мл против 0,6 [0; 1,5] пг/мл, $p = 0,016$).

Аналогичная картина была характерна и для больных остеопорозом. В группе больных остеопорозом наличие позитивного серологического теста на суммарные антитела к антигену CagA сочеталось с повышенной продукцией вышеуказанного цитокина. Значения IL-6 в сыворотке крови у них были в 2,2 раза выше, чем у женщин, имеющих остеопороз при отрицательном результате теста на антитела к *H. pylori* (1,9 [0,8; 3,2] пг/мл против 0,85 [0,0; 1,6] пг/мл, $p = 0,043$).

Заключение. Результаты проведенного исследования демонстрируют, что наличие хеликобактериоза у женщин постменопаузального возраста связано со снижением уровня в сыворотке крови витамина D и повышением сывороточных концентраций IL-6 среди больных с остеопенией и остеопорозом. Результаты полученных исследований могут быть использованы при проведении диагностических и лечебно-профилактических мероприятий женщинам в постменопаузальный период.

ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА D НА ПРОДУКЦИЮ ЦИТОКИНОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В КОСТНОМ РЕМОДЕЛИРОВАНИИ

Майлян Э.А., Лесниченко Д.А., Желоманова С.А.
Донецкий государственный медицинский
университет им. М. Горького,
г. Донецк

Климактерический синдром (КС) включает в себя ранние, средневременные и поздние нарушения. Следует отметить, что частоту и тяжесть ранних клинических проявлений КС ряд авторов связывает с повышением концентраций провоспалительных цитокинов. Существуют также данные, что член семейства факторов некроза опухоли – лиганд активатора рецептора ядерного фактора κB (RANKL), помимо ключевого значения в возникновении позднего проявления постменопаузы – остеопороза, играет важную роль и в терморегуляции, в связи с чем отдельные исследователи рассматривают его как новый биомаркер вазомоторных симптомов во время менопаузы. Существует большое число исследований, посвященных использованию препаратов витамина D в терапии поздних проявлений

КС, в первую очередь остеопороза, однако влияние холекальциферола на ранние симптомы КС практически не описаны.

Цель работы. Оценить сывороточные уровни RANKL и остеопротегерина (OPG) при использовании препарата витамина D в комплексе со стандартной заместительной гормональной терапией (ЗГТ) у женщин раннего постменопаузального возраста.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 188 женщин 48-57 лет с продолжительностью менопаузы до 5 лет. 73 женщины с отсутствием клинических проявлений КС составили контрольную группу. 58 женщин с наличием клинических проявлений КС (группа сравнения) получали в течение 6 месяцев стандартную заместительную гормональную терапию препаратом Фемостон® 1/10. Оставшимся 57 женщинам в дополнение к аналогичному 6 месячному курсу ЗГТ был назначен прием препарата холекальциферола Аквадетрим® (основная группа). По окончании терапии 53 женщины группы сравнения и 51 женщина основной группы были обследованы повторно. Концентрацию RANKL и OPG определяли в сыворотке периферической крови методом иммуноферментного анализа.

Полученные результаты и их обсуждение. Уровень RANKL до проведения ЗГТ в комплексе с приемом холекальциферола был равен 3,1 [2,2; 4,5] пг/мл, а спустя 6 месяцев терапии снизился до значений 2,5 [1,7; 3,2] пг/мл ($p = 0,009$). Концентрации же данного маркера до и после изолированной ЗГТ (3,2 [2,5; 4,3] пг/мл и 3,1 [2,2; 3,9] пг/мл соответственно) свидетельствуют об отсутствии влияния проводимой терапии на продукцию цитокина ($p > 0,05$). Следует отметить, что через 6 месяцев ЗГТ концентрация RANKL в группе сравнения достоверно превышала аналогичный показатель контрольной группы, составивший 2,6 [1,8; 3,5] пг/мл ($p < 0,05$), а также основной группы ($p < 0,05$).

Изолированный прием гормональных препаратов не сопровождался изменениями сывороточного уровня OPG. При значениях данного цитокина до начала терапии 76,4 [62,8; 89,2] пг/мл содержание его через 6 месяцев было равно 75,9 [63,7; 91,6] пг/мл, и существенно не отличалось ни от исходного показателя ($p > 0,05$), ни от показателя контрольной группы, равно 77,0 [66,4; 93,0] пг/мл ($p > 0,05$). Включение же в схему лечения холекальциферола сопровождалось повышением содержания OPG со значений 75,5 [62,6; 88,2] пг/мл до уровня 83,2 [68,0; 100,4] пг/мл, который достоверно превысил аналогичный показатель в группе, принимавшей только ЗГТ ($p < 0,05$).

В то же время, анализ значений индекса OPG/RANKL показал отсутствие значимых их изменений в динамике лечения у женщин обеих анализируемых групп. При этом, снижение концентрации RANKL в основной группе обусловило более высокие показатели индекса к концу терапии при использовании холекальциферола, чем в группе сравнения (30,1 [25,6; 47,7] против 24,1 [18,1; 35,6]; $p < 0,05$).

Таким образом, преимуществом использования холекальциферола в комплексной терапии с ЗГТ является его способность обеспечивать снижение исходно повышенной продукции RANKL в динамике лечения ($p < 0,01$) до значений, регистрируемых у женщин без симптомов КС. При этом значения индекса OPG/RANKL в динамике лечения значимо не изменялись независимо от используемой терапии. Однако зарегистрированное достоверное снижение концентрации RANKL в основной группе обусловило более высокие ($p < 0,05$) показатели индекса к концу терапии при использовании холекальциферола, чем в группе сравнения.

Выводы. При обследовании 188 женщин 48–57 лет в период ранней постменопаузы, 115 из которых имели климактерический синдром, установлено, что преимуществом добавления холекальциферола в комплексную терапию является его способность обеспечивать нормализацию уровня RANKL за счет снижения его продукции в динамике лечения ($p < 0,05$), что обуславливает более высокие ($p < 0,05$) итоговые значения индекса OPG/RANKL в сравнении с изолированным приемом гормонального препарата. Результаты исследования целесообразно использовать при назначении лечебно-профилактических мероприятий женщинам с климактерическим синдромом.

МИКРОБИОТА КИШЕЧНИКА И ГЕПАТОРЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

Малаева Е.Г., Стома И.О., Ковалев А.А.,
Воропаев Е.В., Осипкина О.В., Шафорост А.С.,
Кондрачук А.Н.

Гомельский государственный
медицинский университет,
г. Гомель, Беларусь

Распространенным осложнением цирроза печени (ЦП) является острое почечное повреждение (ОПП), которое достоверно ассоциируется с неблагоприятным прогнозом пациентов. С целью дифференциальной диагностики типов ОПП, в частности, гепаторенального синдрома (ГРС) и острого тубулярного некроза изучаются и предлагаются новые биомаркеры и биосенсоры повреждения почек, к которым можно отнести индивидуальный состав микробиоты человека.

Цель исследования. Провести сравнение композиционного состава микробиоты кишечника у пациентов с циррозом печени с наличием и отсутствием гепаторенального синдрома.

Материалы и методы. Проведено стандартное наблюдательное исследование и метагеномное секвенирование кала 40 госпитализированных пациентов с ЦП, из них 35 – без признаков острого почечного повреждения и 5 – соответствующих диагностическим критериям гепаторенального синдрома. В исследование

включено 22 мужчин и 18 женщин, средний возраст пациентов составил 51,9 лет. Из них у 23 – ЦП алкогольной, 8 – неуточненной, 9 – смешанной (HCV+алкоголь) этиологии. Высокопроизводительное секвенирование проводилось с использованием генетического анализатора MiSeq (Illumina, США) с использованием протокола, основанного на анализе переменных регионов гена 16s рРНК. Анализ данных проводили с использованием программного обеспечения BaseSpace Sequence Hub (Illumina, США), приложение 16S Metagenomics, и приложение DRAGEN Metagenomics (с использованием алгоритма Kraken2). Анализ различия состава микробиома между группами осуществлялся с применением теста Манна-Уитни с предварительным преобразованием данных методом CLR-преобразования (Centered log ratio transform) и дифференциального анализа экспрессии генов на основе отрицательного биномиального распределения (DESeq2). Исследование зарегистрировано в Clinicaltrials.gov (NCT05335213).

Результаты и обсуждение. У пациентов с ГРС насыщенность кала бактериальным филоцитом Verrucomicrobia достоверно выше по сравнению с пациентами без ГРС (Me 0,43% и 0,01%, $p = 0,019$). Установлены статистические различия концентрации бактерий классов Alphaproteobacteria, Betaproteobacteria, Verrucomicrobiae, Opitutae, порядков Burkholderiales, Coriobacteriales, семейства Sutterellaceae, родов Escherichia, Enterobacter, Staphylococcus, Pantoea, Lactiplantibacillus, Arsenophonus, большинство из которых относится к филоциту Proteobacteria и потенциально вовлечены в процессы бактериальной транслокации, спланхической вазодилатации и ассоциируются с развитием осложнений ЦП.

Выводы. У пациентов с ГРС спектр бактериальных таксонов кала имеет уникальные особенности и достоверные различия по сравнению с пациентами без ОПП, что имеет прикладное значение для проведения дифференциальной диагностики почечной патологии при циррозе печени и является перспективным направлением профилактики осложнений цирроза путем модификации микробиома.

УРОВЕНЬ ЭКСПРЕССИИ МРНК ГЕНОВ TLR2 И TLR4 В ЛЕЙКОЦИТАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ БОЛЬНЫХ САРКОИДОЗОМ ЛЕГКИХ

Малышева И.Е.¹, Тихонович Э.Л.², Топчиева Л.В.¹
¹Институт биологии

Карельского научного центра РАН,

²Республиканская больница им. В.А. Баранова,
г. Петрозаводск

Саркоидоз легких (болезнь Беньё-Бёка-Шаумана) относится к иммуновоспалительным системным гра-

нулематозам, при котором эпителиоидно-клеточные гранулемы образуются преимущественно в легких. Считается, что при данном заболевании происходит нарушение активации врожденного и адаптивного иммунного ответа на неустановленный антиген(ы), что приводит к развитию гранулематозного воспаления и образованию гранулем. Главными компонентами системы врожденного иммунитета являются Толл-подобные рецепторы (TLRs), которые опосредуют специфическое распознавание консервативных молекулярных структур патогенов. TLRs экспрессируются на клетках разных типов, инициируя развитие иммунных реакций при связывании с различными лигандами.

Цель исследования. Изучить уровень транскриптов генов Толл-подобных рецепторов (TLR2 и TLR4), в лейкоцитах периферической крови (ЛПК) больных саркоидозом легких.

Материалы и методы. В исследование включено 30 человек (15 пациентов с диагнозом морфологически верифицированный саркоидоз с поражением легких с хроническим течением заболевания (ср. возраст – 41,80±3,39 года) и 15 здоровых индивидов (контроль) (ср. возраст – 39,31±1,76 лет). У всех пациентов (100%) саркоидоз был верифицирован гистологически на основании исследования биоптата. Тотальную РНК из ЛПК выделяли с помощью реагента для выделения РНК PureZol (Bio-Rad). Для синтеза комплиментарной ДНК (кДНК) использовали набор MMLV RT kit (Евроген). Уровень мРНК генов TLR2 и TLR4 в ЛПК определяли методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (ПЦР-РВ). В качестве референсных генов использовали 18sRNA и GAPDH. Специфичность продуктов проверяли плавлением. ПЦР-РВ для каждого образца проводили не менее трех раз.

Статистическую обработку данных проводили при помощи пакета программ Statgraphics 2.1. Критерий Вилкоксона-Манна-Уитни применяли для сравнения показателей в группе больных и группе контроля. Достоверными считали различия при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. По результатам исследования уровень экспрессии мРНК гена TLR2 в лейкоцитах периферической крови больных саркоидозом легких значимо не различался при сравнении с индивидами из контрольной группой ($p=0,133$). При этом, количество транскриптов гена TLR4 в ЛПК больных саркоидозом легких оказалось значимо выше, чем у условно здоровых людей ($p=0,029$). Можно предположить, что повышенный уровень экспрессии гена TLR4 в ЛПК больных саркоидозом легких может быть связан с хроническим течением данного заболевания.

Выводы. Уровень экспрессии гена TLR2 в лейкоцитах периферической крови больных саркоидозом легких и здоровых людей не различался. Количество транскриптов гена TLR4 в ЛПК пациентов с саркоидозом легких значимо повышено.

ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИГЕПАТОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Манасян С.Г., Ермолов С.Ю.,
Апресян А.Г., Ермолова Т.В.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить диагностическую точность способа неинвазивной дифференциальной диагностики заболеваний печени методом полигепатографии.

Материалы и методы. На базе научно-исследовательской лаборатории инновационных методов функциональной диагностики при СЗГМУ им. И.И.Мечникова методом случайной выборки было обследовано 45 первичных пациентов (средний возраст 49±8,4 лет). Всем больным для выявления нарушений внутрипеченочной микроциркуляции была выполнена полигепатография (ПГГ) с проведением функциональных проб (на высоте вдоха и с нитроглицерином). На основании выявленных изменений предположена этиология заболевания печени.

С целью верификации этиологии заболевания проводилось определение серологических и молекулярно-генетических маркеров вирусного поражения печени. С целью исключения аутоиммунного поражения у больных проводили скрининг аутоиммунных заболеваний печени, определяли так же наличие циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), иммуноглобулинов класса А, М и G. Всем пациентам были проведены общеклинические исследования: клинический анализ крови, общий анализ мочи с качественной реакцией на уробилин и желчные пигменты, копрограмма и анализ кала на скрытую кровь иммунохимическим методом. Биохимические исследования включали оценку общего белка и белковых фракций, протромбиновый индекс, концентрация билирубина и его фракций, активность сывороточных ферментов (АЛТ и АСТ), щелочной фосфатазы, амилазы, липидного спектра крови, мочевины, электролитов (калия, кальция, натрия). УЗИ органов брюшной полости проводилось с целью оценки размеров и структуры паренхимы печени, поджелудочной железы, желчного пузыря, селезенки, косвенных признаков портальной гипертензии. Эзофагогастроуденоскопия проводилась для выявления признаков портальной гипертензии – варикозного расширения вен пищевода и кардиального отдела желудка. Части обследуемым (11%, n=5) была проведена чрезкожная биопсия печени по методу Menghini.

Результаты и обсуждение. На основании полученных данных о нарушении внутрипеченочной гемодинамики при проведении ПГГ все исследуемые пациенты были разделены на 3 группы. I группу составили пациенты с нарушенным венозным притоком (n=15), во II группу вошли пациенты с нарушенным артерио-

венозным притоком (n=13), в III группу включены пациенты с нарушенным венозным оттоком (n=17). При наличии нарушений, как притока, так и оттока, учитывалось преобладающее нарушение.

Интерпретация данных ПГГ осуществлялась на основе разработанной морфофункциональной гемодинамической модели, которая позволяет представить сложную внутripеченочную гемодинамику в упрощенном виде. При выявлении у пациента нарушений артериовенозного притока с высокой вероятностью можно предположить аутоиммунный гепатит, при наличии у пациента нарушений венозного притока – вирусный гепатит, а при наличии у пациента нарушений венозного оттока – стеатогепатит.

Полученные данные ПГГ были сопоставлены с результатами клинико-лабораторных, инструментальных и морфологических данных и определены чувствительность, специфичность и точность предлагаемого метода полигепатографии в диагностике неалкогольного стеатогепатита, вирусных и аутоиммунных заболеваний печени (АИЗП). При вирусных поражениях печени чувствительность метода составила 91,6%, точность – 88,9%, специфичность – 87,8%. При диагностике АИЗП чувствительность – 64,2%, точность – 84,4%, специфичность – 87,8%. При неалкогольном стеатогепатите чувствительность метода оказалась 100%, точность – 86,7%, специфичность – 80,6%.

Выводы. ПГГ – простой, доступный и необременительный для пациента метод обследования, который позволяет неинвазивно оценить локализацию нарушений внутripеченочного кровотока, и с определенной долей вероятности предположить этиологический фактор заболевания. Учитывая специфичность изменений гемодинамики печени, полигепатография может быть рекомендована в качестве скринингового метода при обследовании пациентов с заболеваниями печени, что позволит сократить время диагностического поиска.

ГИПЕРУРИКЕМИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Матьянова Е.В., Гордеев А.В.,

Галушко Е.А., Пожидаев Е.В.

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

Цель исследования. Оценить частоту компонентов метаболического синдрома у больных РА с гиперурикемией (ГУ) и без нее.

Материалы и методы. По данным медицинской документации, была проанализирована информация о 982 пациентах достоверным РА (критерии РА

ACR/EULAR 2010) с неэффективностью ранее проводимой терапии, госпитализированным в стационар НИИР им. В.А. Насоновой с января 2021 года по май 2023 включительно. Всем пациентам проводилось стандартное обследование, все подписали информированное согласие на участие в исследовании. ГУ считалась концентрация мочевой кислоты (МК) в венозной крови (анализ крови сдавался в первые сутки после поступления в стационар, утром натощак) 360 мкмоль/мл и выше. Наличие или отсутствие ожирения определялось по расчетному ИМТ. При наличии показаний, пациенты были обследованы кардиологом и эндокринологом, данные о ранее диагностированных сердечно-сосудистых и эндокринных заболеваниях выносились в сопутствующий диагноз. В зависимости от концентрации мочевой кислоты в крови, были выделены больные РА с ГУ (n=153/15,6%, возраст: Me=60[50;66] лет, длительность РА: Me=10[6;21] лет) и нормальным уровнем МК (n=829), которые имели больший возраст (Me=52[40;62] лет, p<0,0001) и длительности РА (Me=10[5;17] лет, p=0,01). Для коррекции групп по возрасту и длительности РА из последних были исключены пациенты младше 50 и старше 66 лет – получилась группа В (n=362) – пациенты с нормальным уровнем мочевой кислоты, сопоставимые по возрасту и длительности РА с группой А. Группы также были сопоставимы по частоте позитивности по РФ, АЦЦП и выявляемости внесуставных проявлений РА, по активности РА по DAS28 (p>0,05).

Результаты и обсуждение. Сопутствующий диагноз подагра выставлялся лишь 3(2%) пациентам группы А и 2(0,6%) в группе В (p>0,05). Аллопуринол пациенты группы А получали чаще, чем в В (А: n=12/7,8%, В: n=3/0,8%; ОШ=10,2[2,8;36,6], p<0,0001). В группе А, по сравнению с В, чаще выявлялась артериальная гипертензия (АГ) (А: n=103/67,3%, В: n=208/57,5%; ОШ=1,5 [1,2;3], p=0,04), прием мочегонных препаратов (А: n=33/21,6%, В: n=32/8,8%; ОШ=2,8 [1,7;4,8], p<0,0001). Средний ИМТ у них был выше (А: 28,5±5,6, В: 26,6±4,9, p=0,0001), что подтверждалось слабой прямой корреляцией между ИМТ и уровнем МК (Rs=0,32, p<0,0001). Встречаемость сахарного диабета (СД) или гипергликемии в группах была сопоставима (СД, А: ±14/9,2%, В: ±22/6,1%, p>0,05).

Сочетание АГ+Ожирение в группе А наблюдалось чаще (А: n=49/32%, В: 70/19,3%; ОШ=2 [1,3;3], p=0,002), таким образом, группу А на треть (n=49/32%) представляли пациенты с тремя компонентами метаболического синдрома: ГУ+АГ+Ожирение, 11,1%(n=17) пациентов группы А имели 4 компонента метаболического синдрома: ГУ+АГ+Ожирение+гипергликемия (в В: АГ+Ожирение + гипергликемия или СД: n=10/2,8%; ОШ=4,4 [2,9;8], p<0,0001).

Выводы. У пациентов РА с неэффективностью ранее проводимой терапии ГУ отмечалась в 15,6% и была ассоциирована не с сопутствующей подагрой, а с признаками метаболического синдрома: АГ (p=0,04) и ожирением (p<0,0001). Пациенты с ГУ и РА в 32% име-

ли 3 компонента метаболического синдрома (ГУ + АГ + Ожирение) и в 11,1% - 4 компонента метаболического синдрома (ГУ + АГ + Ожирение + гипергликемия).

ДИСФУНКЦИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИБС БЕЗ СИМПТОМОВ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Махнов А.П.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) составляет более половины всех причин развития хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Для ХСН с манифестацией клинических проявлений сегодня разработана достаточно стройная и эффективная программа лечения. Но остаются вопросы выбора программ лечения для больных с дебютом ХСН и, тем более, с распознаванием ее возникновения. Целью настоящего исследования было уточнение способов определения доклинических признаков возникновения ХСН у больных.

Материал и методы. У 54-х больных стенокардией I-II функционального класса и у 20 практически здоровых людей с помощью стресс-ЭХО-кардиографии с нагрузкой на тредмиле по протоколу R.Bruss-II исследовано состояние систолической и диастолической функции миокарда в покое и на высоте нагрузки. При этом максимум нагрузки у здоровых людей соответствовал ее субмаксимальному уровню, а у больных стенокардией – уровню возникновения ишемии. У 11 больных ИБС в прошлом был инфаркт миокарда с сохранением гипокинезии 1-2-х сегментов левого желудочка (из 16-ти). У больных ИБС не было нарушения ритма сердца, сахарного диабета, ЭКГ признаков гипертрофии левого желудочка, толщины свободной стенки левого желудочка больше 11 мм (по данным ЭХО-кг). За три дня до исследования у больных отмечалась постоянная терапия бета-адреноблокаторами.

Результаты и обсуждение. Вне нагрузки (после 30 минутного отдыха) фракция выброса (ФВ) у больных и здоровых в покое не отличалась, и была в среднем, соответственно, $63,5 \pm 0,8\%$ и $63,2 \pm 1,1\%$, ($p=0,84$). Диастолическая функция у части больных была найдена нарушенной, что демонстрировалось большей величиной времени изоволюметрической релаксации (ВИВР) левого желудочка (у больных $78,9 \pm 1,8$ мсек, у здоровых $69,5 \pm 3,1$ мсек, $p=0,011$) и разницей соотношения первой и второй скоростей трансмитрального потока V_e/V_a (у больных $1,04 \pm 0,04$, у здоровых $1,44 \pm 0,03$, $p<0,001$).

На пике нагрузки у здоровых людей ФВ увеличилась и достигла в среднем $71,5 \pm 1,4\%$. При этом, несмотря на незначительное уменьшение ВИВР (на $6,3 \pm 3\%$) резко увеличилась скорость второй волны

трансмитрального диастолического потока, что свидетельствует об адекватной компенсаторной реакции предсердия на увеличение нагрузки на миокард.

У больных ИБС без симптоматики ХСН пиковая нагрузка сопровождается ишемией миокарда. При этом ФВ показывает обратную реакцию, по сравнению со здоровыми – она немного, но достоверно снизилась до $60,7 \pm 1,1\%$. При этом имеет место значимое уменьшение времени релаксации желудочка без адекватного увеличения скоростей как первой волны трансмитрального кровотока, так и второй.

Учитывая, что у ряда больных стенокардией имелась артериальная гипертензия, полученные данные были проанализированы в подгруппах альтернативных по уровню АД. Различия между ними по возрасту, соотношению среди них больных мужского и женского пола и по частоте ИМ в анамнезе оказалось недостоверным ($p=0,213$, $p=0,293$ и $p=0,459$, соответственно). Сравнение характера и степени реакции изучаемых параметров функционального состояния на нагрузку показало отсутствие различий в зависимости от высоты артериального давления у больных (но только при начальной степени гипертензии и без определяемой гипертрофии левого желудочка).

Так же было проанализировано влияние наличия у больного локальной гипокинезии вследствие перенесенного ранее инфаркта на характер реакции миокарда на нагрузку. Найдено, что наличие у больного гипокинезии коррелирует с частотой систолической после нагрузки ($r=0,543$, $p<0,001$) и с частотой диастолической дисфункции после нагрузки ($r=0,389$, $p=0,040$). При этом, нам не удалось найти у наших больных влияния нарушения сократительной способности миокарда на частоту и тяжесть нарушений диастолической функции на высоте нагрузки.

Различным был вклад систолической и диастолической дисфункции в общую дисфункцию миокарда у больных. Суммарная частота дисфункции в покое определялась наличием ИМ в анамнезе ($r=0,343$, $p=0,011$), изменением скоростей VE ($r=-0,299$, $p=0,028$) и VA ($r=-0,351$, $p=0,009$), тяжестью диастолических нарушений ($r=0,859$, $p<0,001$). Не было обнаружено связи суммарной частоты дисфункции с частотой систолической дисфункции в покое ($r=0,192$, $p=0,165$) в противоположность частоте диастолической дисфункции, которая присутствовала у всех, имевших суммарную дисфункцию как до, так и после стресса.

Выводы. Хорошо известно, что клинические проявления ХСН всегда обусловлены наличием у больного дисфункции миокарда, которая может быть систолической или диастолической. Результаты исследования показывают, что дебют дисфункции миокарда возникает до манифестации жалоб и симптомов. А появление ее в значительной степени связано с патогенетическими особенностями заболевания – так у больных ИБС первые нарушения систолической и диастолической функции миокарда обнаруживаются у ряда больных только на фоне возникновения ишемии.

ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-КАРДИОЛОГА: АНАЛИЗ ПРИЧИН

Махнов А.П.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова,
Санкт-Петербург

Рост диагностических и лечебных возможностей медицинской помощи больным с болезнями сердца и сосудов, к сожалению, не сопровождается таким же быстрым улучшением ее качества. Проведен анализ причин и характера ошибок оказания медицинской помощи больным с кардиальной патологией с целью поиска путей ее улучшения.

Материалы и методы. Проанализированы данные материалов судебно-медицинской экспертизы (СМЭ) с целью выяснения причин нежелательного исхода у 94 больных, у которых сердечно-сосудистое заболевание было единственным или главным в клинической картине. Данные этих больных составляли около двух третей (67,6%) всех материалов, которые поступили для проведения СМЭ в порядке очереди, и касались помощи при заболеваниях внутренних органов. Следует отметить, что поскольку СМЭ проводится по инициативе правоохранительных органов или судов, представленные данные не могут отразить всей статистики врачебных ошибок.

Результаты и обсуждение. Ведущей патологией у больных были инфаркт миокарда и его последствия (41 случай – 43,6%), тромбоз легочной артерии (21 случай – 22,3%) и хроническая сердечная недостаточность (13 случаев – 13,8%). Так же рассмотрены данные 19 больных с другими болезнями: аритмогенной смертью, инфекционным эндокардитом, гемоперикардом (вне связи с инфарктом), расслоением аорты, аритмогенной эмболией в головной мозг и тромбозом клапанного протеза. Для анализа были учтены только ошибки и дефекты диагностики (49 случаев) и лечения (68 случаев).

Диагностические ошибки характеризовались:

1. ошибочным диагнозом основной патологии (16,3% случаев диагностической ошибки);
2. поздним диагнозом основной патологии (26,5% случаев);
3. не распознаванием критического осложнения (18,3% случаев);
4. поздней диагностикой осложнений (22,4% случаев).

В 16,5% случаев диагностическая ошибка имела смешанный характер.

Причины этих ошибок чаще были смешанными. Среди них выделяются:

- 1) формальная оценка жалоб (30,6% всех случаев этой ошибки);
- 2) неполный сбор анамнеза (36,7% случаев);
- 3) неполный анализ данных физикального исследования (28,6% случаев);

- 4) отсутствие назначений для проведения необходимого и доступного обследования (22,4% случаев);
- 5) ошибочная трактовка результатов обследования (16,3% случаев).

Лечебные ошибки были найдены чаще, но значительная их часть была вторичной и обусловлена ошибкой диагностики (42,6% всех лечебных ошибок), другая часть (57,4%) – только дефектами собственно лечения.

Анализ всех лечебных ошибок выявил следующий их характер (независимо от наличия или отсутствия ошибки диагностики): 1) применена неполная или ошибочная программа лечения (36,8% случаев лечебной ошибки); 2) позднее начало лечения (35,2% случаев); 3) позднее распознавание осложнений лечения (11,8% случаев); 4) не распознаны осложнения лечения (2,9% случаев). В 13,3% случаев лечебная ошибка имела смешанный характер.

Установлено, что в 2-х наблюдениях ошибки имели прямое значение в исходе болезни, а в 37 наблюдениях способствовали наступлению неблагоприятного исхода.

Выводы. В клинической практике сохраняются врачебные ошибки, которые плохо влияют на качество помощи больным. Большая часть этих ошибок носит субъективный характер и связана с дефектами общения и непосредственной работы врача с больным, что не восполняется возможностями лабораторно-инструментального исследования.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК С СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ХСН

Мацкевич С.А.¹, Бельская М.И.²

¹Белорусский государственный
медицинский университет,

²Республиканский научно-практический центр
«Кардиология»,
Минск, Беларусь

Цель исследования. Определить взаимосвязь маркеров дисфункции почек с систолической дисфункцией миокарда левого желудочка при хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материал и методы. Обследовано 176 пациентов с ХСН II, III функционального класса (ФК по NYHA) ишемического генеза, давность перенесенного (с зубцом Q) инфаркта миокарда составила $4,27 \pm 3,16$ года. Средний возраст составил $60,64 \pm 6,24$ года. Всем пациентам проводилось общеклиническое исследование. Ультразвуковое исследование сердца проведено на аппарате Vivid-7, фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) составила $51,1 \pm 6,84\%$. Признаки ХСН ФК II

определялись в 53,4% случаев (ФВ ЛЖ $52,3 \pm 5,36\%$), ХСН ФК III – в 46,6% случаев (ФВ ЛЖ $46,6 \pm 6,44\%$). Пациенты с заболеваниями почек и/или эндокринной патологией в исследовании не включались. Медикаментозное лечение: бета-адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или антагонисты рецепторов ангиотензина, дезагреганты, статины, диуретики. Уровень цистатина С определяли с использованием лабораторных наборов Randox. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ в мл/мин/1,73м²) по уровню цистатина С вычисляли по формуле $СКФ = -4,32 + 80,35 / \text{цистатин С}$. Величину микроальбуминурии (МАУ) определяли анализатором Olympus, уровня альфа-1-микроглобулина (А1М) в моче – методом прямого твердофазного иммуноферментного анализа с использованием пары моноклональных антител ИФА-А1М (норма до 10 мг/л). Исследование вазомоторной функции эндотелия с определением показателя чувствительности к вазодилатации проводилось по методу D.S.Celermajer, определение скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) – с помощью компьютерного комплекса «Импекард-М» (величина СРПВ ниже 10,2 м/с соответствует диапазону нормальных значений). Статистический анализ проведен с применением общепринятых методов математической статистики. Для сравнения количественных показателей двух независимых групп при нормальном распределении признака применяли критерий Стьюдента (t). Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Уровни мочевины, глюкозы крови, ферментов были в пределах нормы у всех обследованных пациентов. Снижение СКФ (по цистатину С) отмечалось у 70,7% пациентов с ХСН ФК III и у 53,2% пациентов с ХСН ФК II. Повышенные уровни А1М определялись в 24,4% случаев при ХСН ФК III и в 14,9% случаев при ХСН ФК II. МАУ также выявлена чаще при ХСН ФК III, чем при ХСН ФК II: 24,4% против 7,4% случаев. Нарушение вазомоторной функции эндотелия выявлено в группах пациентов с ХСН ФК III и ХСН ФК II: в 97,6% и 91,5% случаев соответственно. Считается, что дисфункция эндотелия, в большей степени, связана с повышением жесткости артерий. Так, повышенный уровень СРПВ определялся у 58,5% пациентов с ХСН ФК III и у 40,4% пациентов с ХСН ФК II, что может свидетельствовать о сниженной эластичности артериальных сосудов (повышенной жесткости). В результате корреляционного анализа при ХСН ФК II выявлена корреляционная взаимосвязь между уровнем цистатина С и А1М ($r=0,40$, $p < 0,01$). При ХСН ФК III выявлена зависимость между уровнем цистатина С и ФВ ЛЖ ($R=-0,84$, $p < 0,001$), цистатином С и СРПВ ($R=0,46$, $p < 0,01$), цистатином С и А1М ($r=0,54$, $p < 0,001$), А1М и коэффициентом чувствительности плечевой артерии к напряжению сдвига ($R=0,44$, $p < 0,05$), А1М и скоростным показателем дисфункции эндотелия ($R=0,46$, $p < 0,01$), что подтверждает зависимость между показателями дисфункции эндотелия, ФК ХСН и выраженностью протеинурии, измеренной по

содержанию А1М в моче. 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. Вероятно, можно рассматривать А1М не только как показатель дисфункции почек, но и как показатель дисфункции эндотелия у пациентов с ХСН.

Выводы. Выявленные изменения могут свидетельствовать о взаимосвязи дисфункции почек с систолической дисфункцией миокарда левого желудочка, а, соответственно, со степенью выраженности ХСН. Вероятно, повышенные уровни цистатина С, а соответственно и сниженная СКФ, связаны с риском прогрессирования систолической сердечной недостаточности.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО- ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТОФУСНОЙ ПОДАГРЫ ПРИ АТИПИЧНОЙ И РЕДКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ТОФУСОВ

Мельникова М.А., Вакуленко А.С.,
Нестерович И.И.
ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Обобщить сведения о клинической картине при атипичном расположении подагрических тофусов и о необходимости проведения дифференциального диагноза.

Материалы и методы. Проанализированы опубликованные в отечественной и зарубежной литературе клинические случаи, описывающие атипичное расположение подагрических тофусов, за период 2013-2023 гг.

Результаты и обсуждение. По данным анализа 122 клинических случаев атипичной локализации подагрических тофусов установлено, что на момент выявления тофуса диагноз подагры или гиперурикемии был установлен у 91 пациента, в то время как у 31 человека диагноз отсутствовал. Показано, что атипичная локализация тофуса может стать причиной диагностического поиска, поскольку вызываемая подобными образованиями клиническая картина очень разнообразна. Чаще всего наблюдается поражение позвоночника, при котором спектр клинических проявлений варьирует от радикулопатии до острых неврологических нарушений, требующих экстренного хирургического вмешательства. Также возможно отложение тофусов в связках и сухожилиях, что может приводить к развитию различных вариантов туннельных синдромов как верхних, так и нижних конечностей. Кроме того, сформиро-

ванные в сухожилиях тофусы могут вести к развитию теносиновита, в начале асептического, затем инфекционного в следствие вторичного инфицирования. Отмечаются тофусные поражения тканей носа, которые вызывают у пациента жалобы на косметические дефекты, а у врачей-отоларингологов подозрение на опухолевую этиологию объемного образования. Тофус среднего уха может стать причиной тугоухости. Особый интерес представляют поражения паренхиматозных органов в связи с относительной труднодоступностью органов для биопсии, многообразием и неспецифичностью проявлений (панкреатит, гидроторакс, одышка, лихорадка неясного генеза и т.д.). В 76% описанных случаев диагностический поиск завершился оперативным вмешательством или из-за выраженности симптоматики, или из-за необходимости верификации диагноза.

Данные по предшествовавшему диагнозу, дифференциальному диагнозу, локализации атипичных тофусов и тактике ведения пациента представлены в виде таблицы, графика и диаграмм.

Выводы. В подавляющем большинстве случаев (75%) атипичное расположение тофусов описывается у пациентов с уже установленным диагнозом подагры.

Наличие выраженной симптоматики, обусловленной тофусом, или подозрение на онкологический процесс требовали хирургического вмешательства (76%).

Разнообразие локализации и неспецифичность клинических проявлений диктует необходимость настороженности узких специалистов о течении подагры и использования оптимальных методов визуализации (двухэнергетическое КТ, УЗИ) и верификации диагноза (тонкоигольная аспирационная биопсия и др.).

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОСТЕОАРТРИТОМ У НАСЕЛЕНИЯ ВОСТОЧНОЙ СИБИРИ С 1999 ПО 2022

Меньшикова Л.В.¹, Белых Е.В.², Меньшиков М.Л.²

¹ИГМАПО-филиал РМАНПО,

²Иркутский областной клинический
консультативно-диагностический центр,
г. Иркутск

Цель. Изучение заболеваемости остеоартритом (ОА) у населения старше 18 лет в Иркутской области (Восточная Сибирь).

Метод. Проведен анализ данных государственной статистики Министерства здравоохранения Иркутской области и Российской Федерации у взрослого населения (старше 18 лет) за период с 1999 по 2022 г.

Результат. Средняя численность взрослого населения Иркутской области составляет более 1880000 человек. Общее число зарегистрированных взрослых больных с остеоартрозом в 1999 г составило 1835,4 на

100 тысяч, впервые заболевших – 343,9 и была выше, чем по РФ – 1263,1 и 350,8/100 000. В 2003 г. отмечается рост заболеваемости до 2385,6 и 450,8 на 100 тысяч, прирост составил 30,0% и 31,1% соответственно. По РФ также отмечается рост заболеваемости ОА 1846,0 и 500,2/100000 (прирост 46,1% и 42,6%). В 2006 г показатели заболеваемости были выше 3146,0 и 572,1/100 000 с ежегодным ростом. В 2013 г. составили 3959,6 и 738,0/100000 и рост по сравнению с 2006 г составил 25,9% и 29,0%. В 2019 г отмечены самые высокие показатели заболеваемости – 4950,9 и 1570,9/100 тыс. В 2022 г показатели снизились после COVID-19 и составили 4407,0 и 1066,4/10000 населения.

Заключение. Общая и первичная заболеваемость ОА у взрослого населения увеличилась с 1999 по 2022 г. Рост заболеваемости в 2,4 и 3,1 раза обусловлен как старением населения, так и лучшей диагностикой, включая раннюю стадию ОА с использованием МРТ (при отсутствии рентгенологических изменений).

ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ФЕКАЛЬНОГО КАЛЬПРОТЕКТИНА В КАЧЕСТВЕ СКРИНИНГА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА У ПАЦИЕНТОВ С ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Миронова Е.Д., Осадчук М.А., Васильева И.Н.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова,
Москва

Актуальность. Дивертикулярная болезнь толстой кишки (ДБТК) и колоректальный рак (КРР) и являются двумя наиболее распространенными желудочно-кишечными заболеваниями. В связи с этим, требуется поиск новых прогностических маркеров, которые можно было бы использовать в качестве скрининга как ДБТК, так и при ее сочетании с КРР. Таким маркером может выступать фекальный кальпротектин (ФК).

Цель исследования. Определить прогностическую значимость ФК, в качестве скрининга ДБТК и при ее сочетании с КРР.

Материал и методы. В первую группу вошли 30 пациентов с ДБТК (16 мужчин и 14 женщин; средний возраст 64,7±5,8); во вторую группу вошли 30 пациентов с ДБТК и КРР (I или II стадии) (13 мужчин и 17 женщин; средний возраст 66,3±7,1). Группа сравнения включала 25 практически здоровых человека (13 мужчин и 12 женщин; средний возраст 38,2±4,1). Постановка диагноза ДБТК осуществлялась на основании Клинических рекомендаций по ДБТК, разработанных Российской гастроэнтерологической ассоциацией и Ассоциацией колопроктологов России (2021 г.). Поста-

новка диагноза КРР – на основании Клинических рекомендаций по злокачественным новообразованиям ободочной кишки, разработанных Ассоциацией онкологов России, Общероссийской общественной организацией «Российское общество клинической онкологии», Российским обществом специалистов по колоректальному раку и Общероссийской общественной организацией «Ассоциация колопроктологов России» (2022 г.). У всех пациентов проводился иммунохимический анализ кала на скрытую кровь в кале. Содержание ФК определялось при помощи экспресс-анализатора BUHLMANN Quantum Blue.

Результаты. У пациентов первой и второй групп, наиболее часто встречались жалобы на метеоризм (70% против 66,6%), боль по ходу толстого кишечника, связанную с дефекацией не менее 1-го раза в неделю (70% против 76,6%), чувство неполного опорожнения кишечника после дефекации (60% против 63,3%), болезненность при пальпации по ходу толстого кишечника (53,3% против 56,6%) ($p > 0,05$ для всех). При этом, у пациентов с КРР значительно чаще встречался запор по сравнению с группой с ДБТК (80% против 46,6% соответственно; $p < 0,05$). Анализ кала на скрытую кровь у пациентов с ДБТК был положительным у 3,33 %, в то время как у пациентов с КРР у 30% ($p < 0,05$). В группе здоровых не было зафиксировано значений ФК выше 50 мкг/г, у пациентов с ДБТК наиболее часто выделялись значения ФК в диапазоне от 50 до 200 мкг/г – у 33,3%, а у пациентов с ДБТК в сочетании с КРР у 60% ($p < 0,05$). В группе с ДБТК в сочетании с КРР, уровень ФК составил 83,53 мкг/г, в группе с ДБТК 67,24 мкг/г, при значениях данного показателя в группе практически здоровых пациентов 31,12 мкг/г ($p < 0,05$).

Выводы. ФК может использоваться в качестве скрининга для выявления КРР рака у пациентов с ДБТК.

ВНЕЛЕГОЧНЫЙ САРКОИДОЗ С ИЗОЛИРОВАННЫМ МАССИВНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ПОДРОСТКА

Мнацаканян А.М.¹, Рыков М.Ю.²,
Долгополов И.С.³

¹Детская областная клиническая больница,
г. Тверь,

²Российский государственный
социальный университет,
Москва,

³Тверской государственный
медицинский университет,
г. Тверь

Введение. Саркоидоз – редкое мультисистемное заболевание идиопатической этиологии, поражающее

различные органы и гистопатологически характеризующееся наличием неказеозных гранулем. Заболеваемость у детей колеблется от 0,1 до 0,3 на 100 тыс. населения до 15 лет. Наиболее распространенной локализацией саркоидоза являются легкие (примерно 95% случаев саркоидоза). Одновременное поражение легочных и внелегочных органов наблюдается примерно у трети пациентов. Однако поражение исключительно интраабдоминальных органов встречается крайне редко.

Цель. Представить алгоритм быстрого успешного диагностического поиска изолированного диссеминированного интраабдоминального саркоидоза у девочки 14 лет.

Материалы и методы. Девочка, уроженка Средней Азии, обратилась с болями в животе, снижением аппетита в течение 2 недель. В анализах крови железодефицитная анемия, 1 степени. Общее состояние удовлетворительное, снижения массы тела не отмечает. Индекс Карновски 90 баллов. Живот болезненный в правой подвздошной области. Рентген и КТ грудной клетки – без патологии. УЗИ – массивный асцит; гиперэхогенный сальник и аппендикс диаметром 6,7-7 мм. КТ-признаки воспалительных изменений червеобразного отростка, купола слепой кишки, сальниковой и брыжеечной жировой клетчатки. Утолщение брюшины и массивная инфильтрация сальника. Выраженный асцит. Очаговых образований в органах брюшной полости и малого таза не выявлено. В анализах крови – СРБ 94,5 мг/л, СА 125 – 253 МЕ/мл (норма до 35). СА 19-9, АФП, ХГЧ, РЭА, прокальцитонин – норма, туберкулиновый тест отрицательный.

Результат. На лапароскопии выявлен серозный выпот. Большой сальник, петли тонкого и толстого кишечника плотно припаяны к висцеральной брюшине и спаяны между собой. Париетальная и висцеральная брюшины, большой сальник покрыты множественными образованиями округлой формы, белесого цвета, диаметром до 0,2-0,3 см. После гистологического исследования выставлен клинко-морфологический диагноз D86.8. Саркоидоз с преобладанием внелегочных поражений (брюшины), с изначально хроническим течением, активность 0 степени. Начата терапия преднизолоном 1 мг/кг/сут и альфа-токоферолом 400 мг/сут. На 3 сутки терапии – значительное уменьшение болевого синдрома, СРБ 26 мг/л, на 14 сутки – по КТ и УЗИ уменьшение инфильтрации сальника и асцита, СРБ 17 мг/мл.

Заключение. В нашем редком клиническом наблюдении внелегочный саркоидоз представлен диссеминированным поражением брюшины без вовлечения лимфатических узлов и внутренних органов, что потребовало проведения биопсии, которая должна являться «золотым стандартом» для диагностики данной патологии. Быстрый ответ на первую линию терапии обнадеживает, однако отдаленный прогноз остается неясным и больная требует пристального наблюдения.

КСАНТИНОКСИДОРЕДУКТАЗА: АКТИВНОСТЬ В ЛИЗАТАХ ЛИМФОЦИТОВ ПРИ ДИСКОИДНОЙ И СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

Мозговая Е.Э.¹, Бедина С.А.^{1,2}, Трофименко А.С.¹,
Мамус М.А.¹, Спицина С.С.¹, Зборовская И.А.^{1,2}

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

²Волгоградский государственный
медицинский университет,
г. Волгоград

Цель исследования. Выявить особенности профилей активностей ксантиноксидоредуктазы (КОР) лизатов лимфоцитов при дискоидной (ДКВ) и системной красной волчанке (СКВ).

Материалы и методы. В исследование были включены 31 больной ДКВ, 56 больных СКВ, 35 практически здоровых лиц (контроль). Диагноз ДКВ верифицировали согласно отечественным клиническим рекомендациям (2015). Пациенты данной группы наблюдались дерматологом на базе ГБУЗ «ВОКБ №1» амбулаторно, у них не было выявлено признаков поражения внутренних органов, повышения уровней АНА и антител к двуспиральной ДНК. СКВ диагностировали по критериям EULAR/ACR (2019). Больные СКВ находились на стационарном лечении в ревматологическом отделении ГУЗ «ГКБСМП №25». Для оценки активности СКВ применен индекс SLEDAI 2K. В лизатах лимфоцитов изучали активность двух конвертируемых форм КОР: ксантиндегидрогеназы (КсДГ; ЕС 1.17.1.4) и ксантиноксидазы (КсО; ЕС 1.17.3.2). Активность ферментов определяли спектрофотометрически и выражали в нмоль/мин/мл, нормируя в лизатах лимфоцитов на содержание до лизиса 1×10^7 клеток/мл.

Результаты и обсуждение. В отличие от контрольных значений, в лизатах лимфоцитов, как при ДКВ, так и при СКВ, наблюдалось снижение активности КсО ($p < 0,001$) и КсДГ ($p < 0,05$ и $p < 0,001$, соответственно). При этом значения энзимных показателей больных ДКВ были значимо выше, чем в подгруппах с низкой ($p < 0,01$), умеренной ($p < 0,001$) и высокой ($p < 0,001$) степенью активности СКВ. Выраженное снижение активности КсО на фоне незначительного уменьшения активности КсДГ при ДКВ может свидетельствовать о преобладании утилизации гипоксантина и ксантина путем дегидрирования. Данная направленность имеет позитивное значение поскольку сопровождается сокращением внутриклеточной выработки активных форм кислорода. Наряду с этим у всех больных ДКВ, включенных в исследование, количество лимфоцитов крови соответствовало норме. Полученные данные позволяют предположить, что изменения активностей лимфоцитарной КОР не имеют существенной

значимости для формирования данной патологии. Это согласуется с результатами ряда исследований, которые не подтверждают участие в патогенезе ДКВ циркулирующих клеток воспаления и аутоантител. В отличие от ДКВ для СКВ был характерен рост соотношения активностей КсО/КсДГ лизатов лимфоцитов при увеличении степени активности иммунного воспаления. Снижение активности конечных этапов катаболизма пуринов в этих форменных элементах сопровождалось возрастающей трансформацией дегидрогеназной формы фермента в оксидазную. Совместно с другими факторами образующиеся в результате реализации каталитической активности КсО свободные радикалы способны оказывать повреждающее действие на клеточные структуры, участвуя в развитии лимфопении, ассоциированной с активностью СКВ.

Выводы. Таким образом, сдвиги энзимных активностей КОР в лизатах лимфоцитов при ДКВ и СКВ носили однонаправленный характер, но при этом были более выражены при системной форме заболевания. Общность выявленных изменений энзимных активностей может служить проявлением универсальности адаптивных и/или защитных реакций организма, реализуемых, в частности, системой КОР. В то же время профили активностей КсО и КсДГ лизатов лимфоцитов имеют свойственные той или иной из включенных в исследование нозологий отличительные черты.

ТИРЕОИДНЫЙ СТАТУС У ДЕТЕЙ С УЗЛОВЫМИ ФОРМАМИ ЗОБА, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ЙОДОДЕФИЦИТА РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Муратова Ш.Т., Назарова Ш.А.

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

Йоддефицит является важнейшим фактором развития узлового зоба. У детей среди узлов щитовидной железы частота злокачественных новообразований составляет 16%, что в три раза выше, чем у взрослых.

Цель. Оценка тиреоидного статуса узлового/многоузлового зоба (УЗ/МУЗ) у детей, проживающих в условиях йоддефицита Республики.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование 13509 историй болезни и амбулаторных карт детей (до 18 лет), получавших амбулаторное и стационарное лечение в клинике РСНПМЦЭ им. акад. Ё.Х. Туракулова с 2020 по 2022 гг.

Результаты. Выявлено 24 детей с УЗ/МУЗ, средний возраст составил $14,58 \pm 0,62$ лет, у девочек диагностировался в 11 раз чаще (91,7% (22) против 8,3

(2)). По обращаемости в РСНПМЦЭ им. акад. Ё.Х. Туракулова выявляемость УЗ/МУЗ среди детей наиболее чаще была в г.Ташкенте 13 случаев (54,2%). Частота встречаемости УЗ/МУЗ у детей по обращаемости в РСНПМЦЭ им. акад. Ё.Х. Туракулова распределяется следующим образом: в г.Ташкенте 13 случаев (54,2%); Ташкентской области 7 случаев (29,2%); в Навинской области 2 случая (8,3%); в Сырдарьинской области 1 случай (4,2%); в Джизакской области 1 случай (4,2%).

УЗ выявлялся в 1,4 раза чаще, чем МУЗ (58,3% против 41,7%). Наиболее часто узловые образования определялись в правой доле – у 79,2% (19) детей. Аутоиммунный тиреоидит выявлен у 12,5% (3) детей с УЗ/МУЗ.

Исследование функции ЩЖ у детей и подростков с узловым/многоузловым зобом показало, что в основном, у детей отмечается эутиреоидный УЗ/МУЗ. Эти показатели распределяются следующим образом: ТТГ- $2,6\pm 0,3$ мМЕ/л; свТ3- $2,3\pm 0,4$ нг/мл; свТ4- $1,1\pm 0,1$ нг/мл; АТ-ТПО- $20,0\pm 4,6$ МЕ; ТI-RADS- $1,6\pm 0,2$ ст; Bethesda $2,4\pm 0,3$ ст.

Средние значения ТI-RADS у детей с УЗ/МУЗ по данным УЗИ при этом составили $1,6\pm 0,2$, данные же гистологического исследования – $2,4\pm 0,3$ по Bethesda.

У детей с УЗ/МУЗ функция ЩЖ распределяется следующим образом: эутиреоз – 75%; гипотиреоз – 20,8% и гипертиреоз – 4,2%.

Объем оперативных вмешательств у детей с УЗ/МУЗ выглядит таким образом: консервативное лечение – 75%; тотальная тиреоидэктомия – 16,7%; экономная резекция-8,3%.

В основном, у детей с УЗ была выбрана тактика наблюдения с назначением препаратов калия йодида в профилактической дозе или коррекция функции щитовидной железы, при МУЗ отдавалось предпочтение тотальной тиреоидэктомии.

Выводы. Узловой и многоузловой зоб у детей остается актуальной проблемой. Наиболее чаще у детей диагностируется солидный эутиреоидный узел правой доли щитовидной железы, при этом у девочек он выявляется в 11 раз чаще. Средние значения ТI-RADS у детей с УЗ/МУЗ по данным УЗИ при этом составляют $1,6\pm 0,2$, данные же цитологического исследования – $2,4\pm 0,3$ по Bethesda. Необходимо дальнейшее популяционное проспективное исследования узловых зобов в детской популяции, проживающих в йоддефицитном регионе.

ПОРАЖЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Мухаммадиева С.М., Уракова З.У.,
Исраилов А.А., Янгибоев А.К.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить клинико-инструментальные признаки поражения ЦНС при системной красной волчанке (СКВ).

Материалы и методы исследования. Было обследовано 36 больных (в возрасте от 19 до 42 лет) женского пола, с достоверным диагнозом СКВ по Диагностическим критериям, предложенные ACR, 1997 г. Все больные имели высокую активность по заболеванию и получали стационарное лечение в отделение ревматологии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Всем больным помимо общеклинических, иммунологических и инструментальных обследований по болезни, также назначалось консультирование невролога. В диагностике поражения центральной нервной системы (ЦНС) при СКВ всем больным было рекомендовано электроэнцефалография (ЭЭГ), реоэнцефалография (РЕГ), компьютерная (КТ), магнитно-резонансная (МРТ) и позитронно-эмиссионная компьютерная томография головного мозга.

Результаты. У всех больных отмечалось неврологическая симптоматика, такие как головная боль разного характера и локализации, наиболее часто проявляющаяся как мигрень, устойчивая к анальгетикам, но отвечающая на лечение кортикостероидами. Частыми жалобами также были общая слабость, головокружение, носящее преимущественно несистемный характер, шум в голове, гиперкинезы, судорожный синдром. При ЭЭГ у 17 больных было выявлено неспецифические диффузные изменения умеренной выраженности, пароксизмальная активность, межполушарная асимметрия альфа-ритма, очаговое преобладание медленных волн активности, стволовые, срединные базально-диэнцефальные расстройства, которые наиболее характерны для ЦНС-люпуса. По РЕГ было выявлено повышение тонуса сосудов, гипертонический и дисциркуляторный тип кровообращения, увеличение линейной скорости кровотока по средней мозговой артерии, эти признаки косвенно помогает подтвердить наличие церебрального васкулита. На КТ, МРТ головного мозга у 32 больных было выявлено: умеренная атрофия коры головного мозга, наличие кист с наиболее частой локализацией в медиальных отделах височных долей, ряд клинических симптомов коррелируют с очаговым поражением головного мозга, а расширение субарахноидальных



пространств с расширением желудочковой системы и базальных цистерн у больных с СКВ без явной клинической неврологической симптоматики может свидетельствовать о субклинической церебральной патологии.

Выводы. Поражение ЦНС в период высокой активности СКВ является прогностически неблагоприятным и по частоте смертельных исходов сопоставимо с поражением почек. В заключение следует сказать, что проблема диагностики и лечения поражений нервной системы при СКВ остается крайне актуальной и нуждается в дальнейшем изучении.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С ПНЕВМОКОНИОЗОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

Мякоткина Г.В., Якимович С.Е.
Луганский государственный медицинский
университет им. Святителя Луки,
г. Луганск

Цель исследования. Оценка клеточного иммунитета у больных пневмокониозом на фоне хронической гепатобилиарной патологии.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением было 56 мужчин с пневмокониозом на фоне хронической патологии гепатобилиарной системы (ХПГБС) в возрасте от 28 до 59 лет, которые работают в условиях шахтного производства.

Для реализации цели помимо общепринятого обследования проводили определение иммунологических показателей, которые характеризовали состояние клеточного звена иммунитета, а именно, анализировали содержание в периферической крови популяций Т- (CD3+) и В-лимфоцитов (CD22+), субпопуляций Т-хелперов/индукторов (CD4+) и Т-супрессоров/киллеров (CD8+), которые изучали в цитотоксическом тесте с использованием моноклональных антител (МКАТ). Вычисляли иммунорегуляторный индекс CD4/CD8, который трактовали как соотношение лимфоцитов с хелперной и супрессорной активностью (Th/Ts). Функциональную активность Т-лимфоцитов изучали с помощью реакции бластной трансформации лимфоцитов (РБТЛ) при ее постановке микрометодом с использованием в качестве неспецифического митогена фитогемагглютинаина (ФГА).

Результаты и обсуждение. При проведении иммунологических исследований было установлено, что у подавляющего большинства лиц с данной ко-

морбидной патологией до начала лечения имеют место нарушения со стороны показателей клеточного звена иммунитета. Указанные иммунные нарушения принципиально характеризовались существенным уменьшением показателя РБТЛ с ФГА, что свидетельствовало об угнетении функционального состояния Т-лимфоцитов, а также наличии Т-лимфопении различной степени выраженности и дисбаланса субпопуляционного состава Т-лимфоцитов, который в основном заключался в уменьшении числа CD4+ клеток (циркулирующих Т-хелперов/индукторов) на фоне умеренного снижения у части обследованных числа Т-супрессоров/киллеров (CD8+ лимфоциты), в то время содержание в крови В-клеток (CD22+) в большинстве случаев имело лишь незначительную тенденцию к снижению.

Так, установлено, что имело место достоверное снижение количества лимфоцитов с фенотипом CD3+ в абсолютном исчислении в среднем до $0,75 \pm 0,05$ Г/л, что было ниже нормы в 1,73 раза ($P < 0,01$). В относительном исчислении количество лимфоцитов с фенотипом CD3+ у больных с пневмокониозом на фоне ХПГБС снижалась до $46,8 \pm 1,5\%$ что было менее нормальных значений в 1,49 раза ($P < 0,05$).

Кроме того, у больных с пневмокониозом на фоне ХПГБС был обнаружен дисбаланс субпопуляционного состава Т-лимфоцитов, преимущественно за счет снижения числа лимфоцитов с хелперной активностью (CD4+). При этом число Т-лимфоцитов с фенотипом CD4+ составляло в абсолютном отношении в среднем $0,52 \pm 0,05$ Г/л, что было менее нормальных значений в 1,62 ($P < 0,01$). Относительное количество CD4+ клеток у больных с пневмокониозом на фоне ХПГБС до начала лечения составляло в среднем $32,8 \pm 1,1\%$, что было менее значений нормы в 1,39 раза ($P < 0,05$). Число Т-супрессоров/киллеров (Т-клетки с фенотипом CD8+) в абсолютном исчислении составляло до начала лечения в среднем $0,37 \pm 0,02$ Г/л, в относительном – $21,8 \pm 1,1\%$ ($P < 0,05$). Количество клеток с фенотипом CD22+ у больных пневмокониозом на фоне ХПГБС составило в среднем в относительном исчислении $0,38 \pm 0,02\%$, в абсолютном исчислении количество В-клеток составляло $20,8 \pm 0,9$ Г/л. Таким образом, у всех больных с пневмокониозом на фоне ХПГБС до лечения выявлялось наличие вторичного иммунодефицитного состояния по относительному супрессорному варианту, что требует соответствующих коррекционных мероприятий.

Выводы. Таким образом, как видно из полученных данных, у больных пневмокониозом на фоне ХПГБС имеют место выраженные нарушения изученных иммунологических показателей, которые проявляются Т-лимфопенией, дисбалансом их субпопуляций, что проявляется снижением показателя иммунорегуляторного индекса, существенным уменьшением показателя РБТЛ с ФГА.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Набиева Д.А., Оспанов Е.Б.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение клинико-инструментальных показателей у больных анкилозирующим спондилоартритом, перенесших COVID-19.

Материалы и методы исследования. Обследованы 100 пациентов с анкилозирующим спондилоартритом (АС). Основная группа – больные АС, перенесшие COVID-19 (n=60), контрольная группа больные АС (n=40). I группа (n=20) получали базисную терапию (БТ), II группа (n=20) на фоне БТ получали Секукинумаб. Базисная терапия: Сульфасалазин 2,0/сут/Метотрексат 7,5 мг в неделю. Ингибитор ИЛ-17: секукинумаб 150 мг п/к по схеме.

Результаты исследования. Асимптомное течение COVID-19 наблюдалось у 15,1%, легкое течение 35,3%, средней тяжести течения наблюдалось у 30,9%, тяжелое течение у 18,7%. Утренняя скованность, продолжительность в минутах $132,9 \pm 58,3$; в контрольной группе: $67,5 \pm 28,17$ минут. Изучение особенностей суставного синдрома показало ярко выраженную клиническую картину в основной группе больных, где преобладали кокситы, боль в ягодицах, число припухших и болезненных суставов, а болевой синдром по ВАШ был почти в 2 раза выше в основной группе и составил 7 баллов, что говорило о наличии выраженного болевого синдрома у данных больных. Оценка активности заболевания по Батскому индексу BASDAI и шкале активности анкилозирующего спондилоартрита ASDAS(CPB) показала высокую и очень высокую активность в основной группе по сравнению с контрольной группой 6,2 и 4,1; 4,9 и 3,2 соответственно, что указывало на отягощение течения заболевания на фоне перенесенной коронавирусной инфекции. Результаты изучения МСКТ исследований показали преобладание 3 стадии сакроилеита по Келлгрену в основной группе (43,3%), тогда как в контрольной группе преобладала 2 стадия (52,2%) сакроилиита. По результатам изучения МРТ и МСКТ данных позвоночника отмечено, что важным отличительным признаком было то, что у больных в постковидном периоде изменения структуры позвоночника были более выражены и проявлялись остеопорозом тел позвонков, синдесмофитами, воспалительным отеком костного мозга и анкилозом в большей степени по сравнению с контрольной группой. При оценке индексов прогрессирования рентгенологических изменений были установлены наиболее высокие баллы индексов MSASSS, Basri total у больных, перенесших COVID-19, что свидетельствовало о выраженном поражении костно-суставной системы.

Выводы. Клиническое течение АС у больных, перенесших COVID-19 отличается выраженной активностью и прогрессированием аксиальных проявлений, а также агрессивностью суставного синдрома в отличие от АС per se.

АС у больных, перенесших COVID-19 сопровождается прогрессированием структурных изменений в позвоночнике, поскольку наблюдается возрастание рентгенологических индексов в рамках mSASSS, BASRI- spine и BASRI-hips, BASRI-total за относительно короткий период.

ПРЕДИКТОРЫ НИЗКОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У МУЖЧИН МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Наумкина П.И., Дыдышко В.Т.

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

Актуальность. В течение последнего десятилетия на популяционном уровне внедрена концепция сердечно-сосудистого здоровья (ССЗД), предполагающая смещение парадигмы с акцента исключительно на лечении заболеваний в пользу позитивного укрепления и сохранения здоровья на протяжении всей жизни. Для объективизации уровня ССЗД человека разработаны специальные шкалы, оценивающие показатели образа жизни и основные факторы риска (ФР). Стратегия оценки ССЗД полезна для мотивации пациентов к изменению образа жизни (ИОЖ) и, при необходимости, к адекватной медикаментозной терапии для достижения конкретных целей. Как правило определение сердечно-сосудистого риска (ССР) проводится у лиц старше 40 лет, поскольку в большинстве случаев в возрасте до 40 лет абсолютный ССР оказывается низким, он может повышаться за счет множественных ФР. Среди таких модификаторов риска рассматривается гиподинамия. Последняя твердо ассоциирована с компонентами метаболического синдрома (МС), поражением органов-мишеней (ПОМ) и сердечно-сосудистой патологией: артериальной гипертензией (АГ), абдоминальным ожирением (АО), сахарным диабетом 2 типа (СД), ишемической болезнью сердца (ИБС) и другими сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). В структуре оценки ССР может использоваться определение толерантности к физической нагрузке (ТФН) с применением дозированных нагрузочных тестов (велозергометрия (ВЭМ), тредмил-тест). Определение степени физической тренированности и функционального резерва миокарда помогает более точно определить состояние сердечно-сосудистой системы (ССС) у мужчин молодого и среднего возраста без клинически значимой соматической патологии.

Цель исследования. Осуществить сравнительную оценку кардиометаболических показателей у мужчин молодого и среднего возраста без клинически значимой соматической патологии в зависимости от статуса толерантности к физической нагрузке и установить предикторы фнизкой толерантности к физической нагрузке в пределах совокупности изученных показателей.

Материал и методы. Проанализировали 555 архивных историй болезни лиц мужского пола в возрасте от 30 до 50 лет без клинически значимой соматической патологии, проходивших скрининговое обследование в клинике терапевтического профиля Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. Все пациенты в зависимости от уровня ТФН (по значениям метаболических единиц (МЕ) в ходе ВЭМ-теста) были разделены на 3 группы: 1-я группа (низкая ТФН) – 134 человек с 5,9 МЕ и менее (средний возраст $45,0 \pm 0,5$ лет), 2-я группа (средняя ТФН) – 309 человек с МЕ 6,0-7,9 ($43,9 \pm 0,3$ лет), 3-я группа (высокая ТФН) – 112 человек с МЕ 8,0 и более ($42,6 \pm 0,6$ лет). В каждой группе в сравнительном аспекте изучили клинико-anamnestические особенности, биохимические параметры (с акцентом на виды обмена веществ), показатели электрокардиограммы (ЭКГ), ВЭМ-теста, эхокардиографии (эхоКГ) и суточного мониторирования артериального давления (АД) (СМАД). Для оценки риска фатальных и нефатальных ССЗ в течение 10 лет у лиц старше 40 лет использовали шкалу Systematic Coronary Risk Evaluation² (SCORE²). Для статистической обработки результатов исследования применяли пакет программ Statistic for Windows (версия 10). При сопоставлении количественных параметров использовали модуль непараметрической статистики (U-test Mann-Whitney). За достоверность различий принимали $p < 0,05$. Значения представляли как среднее (M) \pm средняя квадратическая ошибка (m). Из методов многомерной статистики использовали однофакторный и многофакторный дисперсионный анализ (с целью сравнения показателей одновременно в трех группах). Для выявления предикторов низкой толерантности к физической нагрузке был проведен ROC-анализ и построены графики ROC-кривых.

Результаты исследования. Исходная характеристика обследованных лиц.

Обследуемые различались по возрасту в группах – при увеличении толерантности возраст в подгруппах снижался.

Риск по шкале SCORE был средним во всех группах (от 1,0 до 4,9 %), однако достоверно увеличивался по мере снижения общего объема выполненной нагрузки – от $1,3 \pm 0,1$ в 3-ей подгруппе до $2,5 \pm 0,2$ в 1-ой подгруппе с МЕ 5,9 и менее ($P < 0,001$ и $P < 0,05$).

Риск по шкале SCORE² у мужчин 40-49 лет был высоким во всех группах (т.е. $\geq 7,5$), однако достоверно увеличивался по мере снижения общего объема выполненной нагрузки – от $8,8 \pm 0,5$ в 3-ей группе до $13,3 \pm 0,6$ в 1-ой группе с МЕ 5,9 и менее ($P < 0,001$ и $P < 0,01$).

По мере увеличения ТФН в группах происходило снижение концентрации МК сыворотки крови – от $392,7 \pm 6,8$ мкмоль/л в группе №1 до $337,8 \pm 6,4$ мкмоль/л в группе №3 (различия $P < 0,001$ между 1-ой и 3-ей и между 2-ой и 3-ей группами; различия $P < 0,05$ между группами 1 и 2).

У обследуемых часто встречались различные пагубные привычки, которые могут способствовать инициации и развитию ССЗ и метаболических заболеваний. Доля куривших среди мужчин с низкой ТФН была существенно выше (44,0%) по сравнению с мужчинами со средней (курили 37,2%) и высокой ТФН, которые курили меньше всех (32,1%). Это свидетельствует также о том, что с увеличением бремени курения снижается ТФН.

Среди обследованных мужчин доля лиц с отягощенной наследственностью по ССЗ была наибольшей в первой группе с низкой ТФН (49,3%) по сравнению с группами со средней (45,0 %) и высокой (45,5%) толерантностью.

По мере увеличения МЕ в подгруппах, у мужчин снижались показатели ИМТ от $31,4$ кг/м² (ожирение 1-2 степени) в группе с низкой толерантностью до $28,6$ кг/м² (повышенное питание – ожирение 1 степени) в группе со средней ТФН и до $26,3$ кг/м² (норма – повышенное питание) в группе с высокой ТФН (достоверные различия между всеми группами $P < 0,001$) и ОТ – от $108,6$ см в группе с низкой толерантностью до $100,0$ см в группе с высокой ТФН (достоверные различия между всеми группами $P < 0,001$).

По мере роста МЕ доля лиц с гиподинамией достоверно ($P < 0,001$) существенно снижалась от 73,9% в 1-ой группе до 26% в 3-ей группе (с высокой ТФН).

Лабораторные показатели.

При изучении биохимических параметров обнаружено достоверное уменьшение гликемии (P 1-2, 1-3, 2-3 $<0,001$), ХС (P 1-3 $<0,001$; P 2-3 $<0,05$), ТГ (P 1-3 $<0,001$; P 2-3 $<0,01$; P 1-2 $<0,05$), МК (P 1-3, 2-3 $<0,001$; P 1-2 $<0,05$) и фибриногена (P 1-3 $<0,001$; P 1-2, 2-3 $<0,05$) у лиц с высокой ТФН по сравнению с группами со средней и низкой толерантностью. По мере увеличения МЕ происходило недостоверное увеличение СКФ от 1-й к 3-й группе ($P > 0,05$). Уровень креатинина, ЛПНП, ЛПВП, натрия, калия и СРБ среди обследованных достоверно не различался ($p > 0,05$).

Электрокардиографические показатели.

ЧСС и амплитуда зубца R в отведении AVL на поверхностной ЭКГ были достоверно более низкими у мужчин с высокой ТФН по сравнению с мужчинами со средней и низкой ТФН. Интервал QT на ЭКГ достоверно увеличивался в группах по мере повышения ТФН (P 1-3, 2-3 $<0,001$; P 1-2 $<0,01$). Индекс Соколова-Лайона на поверхностной ЭКГ во всех обследованных группах статистически значимо не различался ($P > 0,05$).

Показатели эхокардиографии.

При изучении параметров эхоКГ установлено, что толщина миокарда ЛЖ (МЖПд и ЗСЛЖд) (P 1-3 $<0,001$; P 1-2, 2-3 $<0,05$), относительная толщина

стенок ЛЖ (ОТС) ($P 1-3 < 0,01$; $P 1-2 < 0,05$) и ИММЛЖ ($P 1-3 < 0,05$) были достоверно ниже в группах с высокой ТФН. КДРЛЖ, КСРЛЖ и размеры ЛП в группах были сопоставимы ($p > 0,05$), однако имела место тенденция к их снижению. ФВ во всех обследованных группах статистически значимо не различалась ($P > 0,05$). Диастолическая функция ЛЖ во всех группах обследованных была в пределах референсных значений, однако у лиц с низкой ТФН по сравнению с лицами с высокой ТФН отмечалась достоверная тенденция к ее ухудшению.

Показатели суточного анализа электрокардиограммы.

Данные суточного анализа кардиограммы говорят о том, что в дневные часы ЧСС была достоверно выше, чем в ночные часы у всех обследованных мужчин. Следует заметить, что у мужчин с низкой и средней ТФН, особенно в группе с $ME \leq 5,9$, ЧСС была достоверно наибольшей как в среднем за сутки ($P 1-3, 2-3 < 0,001$; $P 1-2 < 0,01$), так и в дневные ($P 1-3, 2-3 < 0,001$; $P 1-2 < 0,01$) и в ночные часы ($P 1-3, 2-3 < 0,001$; $P 1-2 < 0,01$), по сравнению с группой с $ME \geq 8,0$.

Суточные параметры АД.

При уменьшении ТФН в группах достоверно повышались средние показатели САД и ДАД днем и ночью, ИВ САД в дневные часы, ИВ ДАД в дневные и ночные часы, вариабельность САД днем и ночью и вариабельность ДАД днем ($P < 0,001$; $P < 0,01$; $P < 0,05$). Вариабельность ДАД в ночные часы, ИВ САД ночью, УП САД и ДАД в группах по мере снижения ME увеличивались недостоверно ($P > 0,05$).

Показатели велоэргометрии.

При изучении велоэргометрических показателей у обследованных установлено, что мощность ($P 1-2, 1-3, 2-3 < 0,001$) и общий объем выполненной нагрузки ($P 1-2, 1-3, 2-3 < 0,001$), а также доля лиц, достигших субмаксимальной ЧСС ($P 1-2, 1-3, 2-3 < 0,001$), ТФН ($P 1-2, 1-3, 2-3 < 0,001$), максимальная ЧСС ($P 1-2, 1-3 < 0,001$) и доля лиц с нормотензивной реакцией АД на нагрузку ($P 1-2, 1-3, 2-3 < 0,001$) у лиц с высокой ТФН и нормоурикемией достоверно превышали аналогичные параметры у лиц со средней и низкой ТФН и ГУ. Напротив, исходная ЧСС ($P 1-2, 1-3, 2-3 < 0,001$), исходные САД ($P 1-3 < 0,001$; $P 1-2 < 0,01$) и ДАД ($P 1-3 < 0,001$; $P 1-2, 2-3 < 0,01$), САД ($P 1-3, 2-3 < 0,05$) и ДАД на высоте нагрузки ($P 1-2, 1-3, 2-3 < 0,001$), ДАД в восстановительном периоде ($P 1-2, 1-3 < 0,001$; $P 2-3 < 0,01$), а также доля лиц с гипертензивной реакцией АД на нагрузку ($P 1-2, 1-3, 2-3 < 0,001$) у лиц с высокой ТФН и нормоурикемией были достоверно меньше аналогичных параметров у лиц с со средней и низкой ТФН и ГУ. Вместе с тем, доля лиц с выявленными нарушениями ритма сердца, длительность восстановительного периода, САД в восстановительном периоде, а также величина ДП, достоверно не различались в группах ($p > 0,05$), однако имела тенденция к их уменьшению у обследуемых с высокой ТФН.

Предикторы низкой толерантности к физической нагрузке у мужчин молодого и среднего возраста.

Предикторами низкой ТФН по данным ROC-анализа у мужчин молодого и среднего возраста с ГУ являются ИМТ, ЧСС и интервал QT на поверхностной ЭКГ, среднесуточная ЧСС по данным суточного анализа ЭКГ, офисные САД и ДАД, среднесуточные показатели САД и ДАД по данным суточного анализа АД, риск по шкале SCORE2, а также концентрации МК и фибриногена сыворотки крови.

Выводы. 1. Мужчины в возрастном диапазоне 30-50 лет с низкой толерантностью к физической нагрузке относительно лиц со средней и высокой толерантностью к физической нагрузке характеризуются достоверно более высокими показателями, отражающими компоненты метаболического синдрома и провоспалительного статуса (индекс массы тела, окружность талии, офисный уровень артериального давления, уровень триглицеридов сыворотки крови, глюкозы натощак, мочевой кислоты, фибриногена). 2. Низкая толерантность к физической нагрузке у мужчин молодого и среднего возраста ассоциирована с достоверно более высокими (но как правило находящимися в пределах референсного диапазона величин) значениями частоты сердечных сокращений в покое и на протяжении суток, систолического и диастолического артериального давления в дневные и ночные часы, индекса массы миокарда и давления заполнения левого желудочка в диастолу. 3. Наиболее достоверными предикторами низкой толерантности к физической нагрузке у мужчин молодого возраста являются индекс массы тела $> 28,9 \text{ кг/м}^2$, частота сердечных сокращений в покое > 70 в 1 мин в среднем за сутки > 74 в 1 мин, офисное систолическое артериальное давление $> 138 \text{ мм рт. ст.}$, расчетный 10-летний риск сердечно-сосудистых заболеваний по шкале SCORE2 $> 14\%$. 4. Дополнительное предсказующее значение в отношении статуса низкой толерантности к физической нагрузке имеют офисное диастолическое артериальное давление ($> 80 \text{ мм рт. ст.}$), среднесуточное систолическое артериальное давление ($> 135 \text{ мм рт. ст.}$), среднесуточное диастолическое артериальное давление ($> 89 \text{ мм рт. ст.}$), электрокардиографический интервал QT $\leq 378 \text{ мс}$, сывороточный уровень мочевой кислоты ($> 419 \text{ мкмоль/л}$) и фибриногена ($> 3,7 \text{ мкмоль/л}$).

Практическая значимость.

В результате исследования уточнена структура кардиометаболических показателей у мужчин молодого и среднего возраста с различным статусом толерантности к физической нагрузке, установлены предикторы низкой толерантности к физической нагрузке по данным ROC-анализа. Оценка толерантности к физической нагрузке с определением рутинных показателей гемодинамики, биохимического анализа крови, электрокардиографии, эхокардиографии позволит оптимизировать систему диспансерно-динамического наблюдения за лицами молодого и среднего возраста в аспекте их сердечно-сосудистого прогноза.

ПАРАМЕТРЫ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Нелидова Н.В.¹, Ефанова Е.Н.¹, Усанина А.Н.²

¹Сургутский государственный университет,
г. Ханты-Мансийск,

²Сургутский клинический
противотуберкулезный диспансер,
г. Сургут

Цель исследования. Изучение параметров гемодинамических изменений у больных туберкулезом легких в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких.

Материалы и методы. Проведен анализ данных исследования 69 больных туберкулезом легких в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких, проходивших лечение в Сургутском клиническом противотуберкулезном диспансере в 2021-2023 годах.

Результаты и обсуждение. Сочетанная патология чаще выявлялась у мужчин (84,3%), средний возраст больных составил 32,3±1,1 год. Из сопутствующих заболеваний выявлены: хронический вирусный гепатит С (63,7%), ВИЧ-инфекция в стадии вторичных заболеваний (54,2%), гипертоническая болезнь (25%), ишемическая болезнь сердца (21%). У 84,3% наблюдений клиническая симптоматика туберкулеза развивалась подостро (в среднем за 3,1±1,6 месяца). У 79,2% больных выявлено бактериовыделение, у 66,7% полости распада. Спирометрическом обследовании больных туберкулезом умеренное снижение ФВД – 25%, значительное снижение – у 33,3%, резкое снижение – у 6 пациентов 41,7%. Изменение ФВД преимущественно по рестриктивному типу отмечали у 12,8%, преимущественно по обструктивному типу – 67,5%, у остальных – по смешанному типу. По ЭКГ чаще наблюдали диффузные изменения миокарда, нарушение внутрисердечной проводимости. Показатели системного артериального давления в среднем имели тенденцию к гипотонии (среднее систолическое АД – 108,8±3,0 мм.рт.ст., диастолическое АД – 84,5±2,4 мм.рт.ст.). По данным эхокардиографии функция левого желудочка у исследуемых больных была существенно нарушена, о чем свидетельствовало повышение объемов и снижение фракции выброса. Утолщение передней стенки правого желудочка установили у 37,5%.

Выводы. Изменения параметров гемодинамики у больных туберкулезом легких в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких проявляются снижением функции левого и правого желудочков, нарушением показателей центральной гемодинамики.

СПЕКТР СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРНОГО РЕГИОНА

Нелидова Н.В.¹, Сторчак Е.О.²,
Богданова Е.Ю.², Ефанова Е.Н.¹

¹Сургутский государственный университет,
г. Ханты-Мансийск,

²Сургутский клинический
противотуберкулезный диспансер,
г. Сургут

Цель исследования. Изучение спектра сопутствующих заболеваний у больных туберкулезом в условиях северного региона.

Материалы и методы. В исследование было включено 60 больных туберкулезом с сопутствующей патологией. Средний возраст составил 34,7±1,2 года. Преобладали мужчины – 48 человек (81,4%). Впервые диагноз туберкулеза установлен у 28 человек (45%), рецидив туберкулеза у 12 человек (20%), у остальных наблюдалось прогрессирование туберкулезного процесса. При анализе распределения по клиническим формам туберкулеза легких установлено, что чаще всего встречался диссеминированный туберкулез – у 76,7% пациентов (46 человек). Микобактерии туберкулеза в мокроте обнаружены у 37 больных (61,7%). У 22 человек (36,7%) отмечен распад ткани легкого.

В структуре сопутствующей патологии наиболее значимую роль играли вирусные заболевания: ВИЧ-инфекция (у 49 человек, 81,7%), хронический вирусный гепатит С (у 41 человека, 68,3%). У большей части больных выявлены психические заболевания: 35 больных (58,3%) страдали алкогольной зависимостью, 31 пациент (51,7%) наркотической зависимостью, 2 больных (3,3%) шизофренией. В 40% случаев туберкулезу легких сопутствовала анемия (24 человека), причем у четверти больных отмечалась анемия средней степени тяжести и у 7 больных тяжелой степени. У 28,3% пациентов по данным объективного обследования и, проведенной фиброгастроэнтерографии, выявлены хронический гастрит и гастродуоденит, у 3 больных язвенная болезнь желудка и ДПК. У 19 больных (31,7%) выставлен хронический панкреатит. У 18 больных (30%) туберкулезу сопутствовал хронический бронхит, у 16 больных (26,7%) – хроническая обструктивная болезнь легких. Среди офтальмологической патологии преобладала миопия разной степени выраженности – у 24 больных (40%), по 2 человека имели пресбиопию, катаракту и нарушение аккомодации (3,4%).

Среди кожных заболеваний преобладали дерматомикозы (43,3%). Кроме того, у 35% больных выявлен кератоз кожи, 16,7% лекарственные токсикодермии.

Более половины больных имели в сопутствующем диагнозе 3 и более сопутствующих заболевания – 39 человек (65%), что требовало назначения дополнительных методов обследования и лечения, консультирование пациентов у врачей соответствующих специальностей.

Заключение. У больных диссеминированным туберкулезом с сопутствующими заболеваниями преобладали распространенные процессы в ткани легких с бактериовыделением у половины и распадами у третьей части из них. Среди сопутствующих заболеваний преобладали ВИЧ-инфекция и хронический вирусный гепатит С, наркотическая и алкогольная зависимости. Наличие сопутствующих заболеваний у больных туберкулезом усложняет лечение туберкулеза, требует назначения дополнительных методов обследования, привлечения во фтизиатрию врачей узких специальностей.

ТУБЕРКУЛЕЗ, ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И ГЕПАТИТ С – ТЕЧЕНИЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ

Нелидова Н.В.¹, Герасимова Н.В.², Ли Н.В.²

¹Сургутский государственный университет,
г. Ханты-Мансийск,

²Сургутский клинический
противотуберкулезный диспансер,
г. Сургут

Цель исследования. Изучение особенностей коморбидности туберкулеза, ВИЧ-инфекции и гепатита С.

Материалы и методы. Проведен анализ 177 историй болезни пациентов, имеющих активный туберкулез, ассоциированный с ВИЧ-инфекцией и вирусным гепатитом С.

Результаты и обсуждение. В исследование было включено 177 больных с сочетанной патологией. Преобладавала возрастная группа от 31 до 40 лет – 112 человек из 177 (63,3%), средний возраст составил 34,7±1,2 года. Преобладали мужчины – 152 человека (85,9%). Впервые диагноз туберкулеза установлен у 120 человек (67,8%). При анализе распределения по клиническим формам туберкулеза легких установлено, что чаще всего среди этой группы больных встречался диссеминированный туберкулез – у 62,7% пациентов (111 человек), инфильтративный туберкулез выявлен у 22% (39 человек), очаговый туберкулез имели 7 человек (4%), фиброзно-кавернозный туберкулез – 3 человека (2%), по одному больному – туберкулезный спондилит, туберкулезный менингит. Среди осложнений чаще встречался экссудативный плеврит – у 13 человек (6,8%). У 4 больных (2,25%) выявлен туберкулезный менингит, 5 больных (2,8%) – туберкулез периферических лимфатических узлов. По 1 больному (0,6%)

имели туберкулез почек, туберкулезный перикардит, туберкулезный спондилит. Генерализацию туберкулеза с поражением кроме легких нескольких органов или систем имели 8 человек (4,5%). Среди сопутствующих заболеваний выявлены следующие нозологии: хронический вирусный гепатит В (9,6%, 17 человек), миопия (16,3%, 29 человек), наркотическая и алкогольная зависимости (70%, 124 человека), 22 человека (12,4%) имели хронический описторхоз. Из внелегочных поражений чаще всего встречался экссудативный плеврит – у 13 человек (6,8%). У 4 больных (2,25%) выявлен туберкулезный менингит, у 5 больных (2,8%) – туберкулез периферических лимфатических узлов. По 1 больному (0,6%) имели туберкулез почек, туберкулезный перикардит, туберкулезный спондилит. Генерализацию туберкулеза с поражением кроме легких нескольких органов или систем имели 8 человек (4,5%). Микобактерии туберкулеза в мокроте обнаружены у 107 больных (60,5%), лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам, из них множественную лекарственную устойчивость имел 21 человек (11,7% больных с сочетанной патологией и 19,6% бактериовыделителей) и 1 больной имел широкую лекарственную устойчивость (0,05% и 2,2% соответственно). У 74 человек (41,8%) отмечен распад ткани легкого. На момент проведения исследования все больные находились в стадии вторичных заболеваний (46,4в) (Российская клиническая классификация 2006 года). У 61 человека (34,5%) оказались доступными данные исследования уровня CD4-лимфоцитов, из них только у 9 человек (14%) наблюдалось нормальное значение этого показателя, понижение – у 53 больных (86,9%), причем у 46 человек (75,4%) отмечено снижение его ниже 0,2x10⁹ л. Высокоактивная антиретровирусная терапия проводилась у 88 человек (49,7%), 31 больному (17,5%) она была не показана по тяжести состояния, остальные пациенты отказались от приема препаратов.

Выводы. У больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией и вирусным гепатитом С преобладали распространенные процессы (диссеминированный и инфильтративный туберкулез легких). Бактериовыделение выявлено более чем у половины больных. У всех больных выставлена ВИЧ-инфекция в стадии вторичных заболеваний со снижением уровня CD4-лимфоцитов, причем у 2/3 пациентов он был ниже 0,2x10⁹ л.



КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНО- ДИСТРОФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

Никитина В.В.¹, Гусева В.Р.²

¹ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова,

²Санкт-Петербургский медико-социальный институт,
Санкт-Петербург

Введение. В последние десятилетия боль в спине, ассоциированная с дегенеративными изменениями в позвоночнике, является объектом пристального внимания исследователей. Известно, что основная часть осевой нагрузки приходится на межпозвонковый диск, который играет ведущую роль в биомеханике позвоночника. Дегенерация межпозвонкового диска – мультифакториальный процесс. Основной причиной хронического болевого синдрома у лиц среднего и пожилого возраста являются спондилез спондилоартроз, под которыми понимают весь спектр изменений дегенеративного характера межпозвонкового диска и структур позвонков.

Цель исследования. Улучшить диагностику, профилактику дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника у пациентов.

Материалы и методы исследования. Мы проанализировали результаты исследования 129 пациентов, страдающих дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника. Критериями включения пациентов в исследование являлось наличие у них верифицированного дегенеративно-дистрофического заболевания позвоночника. Критерием исключения из исследования было отсутствие дегенеративно-дистрофического заболевания позвоночника. Первую группу составляли 64 пациента, страдавшие дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника, осложненные грыжеобразованием. Вторая группа была представлена 65 больными, страдавшими спондилогенными расстройствами без грыжеобразования. Возрастное, гендерное распределения в группах представлены таким образом: в 2 группах преобладали пациенты мужского пола, возраст больных 1 и 2 групп был $61,1 \pm 8,3$ лет и $58,1 \pm 10,9$ лет, соответственно ($p < 0,05$).

Материалы и методы. Диагнозы заболеваний у пациентов были верифицированы клинически и с помощью методов нейровизуализации. Больным проводились исследования неврологического статуса, инструментальные, лабораторные методы исследования. Для выполнения статистической обработки данных использовалась лицензированная статистическая программа Excel.

Результаты и их обсуждение. Интенсивность болевого синдрома по ВАШ 8 баллов регистрировалась у 42 (65%) больных 1 группы, у 27 (42%) пациентов

2 группы. Произведен анализ частоты встречаемости неврологических синдромов расстройств чувствительности, пирамидной системы. Корешковые синдромы регистрировались у 51 (78%) больных 2 группы. Корешково-сосудистые, корешково-спинномозговые синдромы выявлялись у 53 (83%) пациентов 1 группы. У 64 (50%) пациентов 2 групп регистрировалась гиперхолестеринемия, у 43 (67%) – гиперурикемия при исследовании пациентов 1 группы с деформирующим полиостеоартрозом, хроническими нарушениями мозгового кровообращения.

Выводы. Комплексное обследование с помощью электрофизиологических, биохимических, клинических методик исследования в совокупности с оценкой неврологического статуса позволяют обосновывать показания к лечению, контролировать его эффективность и прогнозировать дальнейшее течение спондилогенных заболеваний нервной системы у больных.

НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ И МОБИЛЬНОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ «ИНСУЛЬДА ЙОРДАМ»

Нишонова Ю.У., Расулова Д.К., Абзалова М.Б.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Применить прототип первого мультимедийного наглядного мобильного приложения на узбекском языке «Инсульда йордам» для реабилитации мелкой моторики у постинсультных больных.

Материалы и методы. Нами были обследованы 25 больных с ишемическим полушарным инсультом в отделениях неврологии и интенсивной неврологии Ташкентской медицинской академии в течение 2023 года. Основную группу составили пациенты с полушарным инсультом в остром периоде ($n=20$), а в контрольную группу вошли пациенты с полушарным инсультом в восстановительном периоде ($n=10$). Всем больным проводилось углубленное клинико-неврологическое обследование, диагноз подтвержден результатами МРТ, МСКТ головного мозга. С целью статической обработки результатов неврологического осмотра применялись шкалы NIHSS-оценка неврологического статуса и модифицированная шкала Ашворта для оценки спастичности в руке. Пациентам дополнительно к стандартному проводимому курсу стационарного лечения проводились занятия тонкой моторикой кисти с использованием авторского прототипа мобильного приложения.

Результаты и обсуждения. Основную группу составили пациенты с полушарным инсультом в остром периоде ($n=20$), а в контрольную группу вошли пациенты с полушарным инсультом в восстановительном периоде ($n=10$). Среди больных превалировал мужской пол. Мужчин – 17, женщин – 13. По возрасту превалировали пожилой возраст $63,0 \pm 1,1$. В качестве основных заболеваний, которые стали причиной развития ишемического инсульта стали гипертоническое заболевание (84%), атеросклероз (52%) и ИБС (60%). По данным нейровизуализационных данных МСКТ среди исследуемых встречалось больше поражение в бассейне средней мозговой артерии (76% от общего количества всех пациентов). Для оценки спастичности применялось модифицированная шкала Ашворта. И результаты оценки показали динамику снижения спастичности лучше в контрольной группе исследования по сравнению с пациентами в основной группе. Проведенное исследование показало лучшие темпы восстановления двигательных расстройств и тонкой моторики у пациентов основной группы в остром периоде по сравнению с пациентами в раннем восстановительном периоде. В результате проделанного исследования двигательные расстройства пациентов с расстройствами мелкой моторики быстрее регрессировали с ранних этапов заболевания, которое послужило «ключом» для дальнейшего их успешного ведения. У пациентов, занимавшихся с мобильным приложением, уменьшалась спастичность и контрактур было меньше по сравнению с пациентами без использования приложения.

Выводы. Основными причинами инсультов выступали гипертоническая болезнь (84%), атеросклероз (52%) и ИБС (60%). Темпы восстановления двигательных расстройств и тонкой моторики наблюдалось лучше у пациентов в остром периоде инсульта, по сравнению с пациентами в раннем восстановительном периоде, что указывает на положительную тенденцию ранней реабилитации. У пациентов, занимавшихся с мобильным приложением двигательные расстройства, лучше восстанавливались: уменьшалась спастичность и контрактур было меньше по сравнению с пациентами без использования приложения.

В результате ранней реабилитации намного снижается инвалидность по двигательным, речевым и психологическим дефицитам, а разработанный прототип мобильного приложения поможет врачам прогнозировать исход мозговой катастрофы. Данное мобильное приложение поможет врачам-неврологам и родственникам больных как руководство для ухода за больным с инсультом, а также использование в практической работе врачей-неврологов, реаниматоров, реабилитологов в медицинских учреждениях экстренной медицинской помощи Республики Узбекистан, приведет к уменьшению инвалидности у больных с последствиями инсультов.

СМЕРТНОСТЬ РЕЦИПИЕНТОВ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА: СОБСТВЕННЫЕ ДАННЫЕ И МЕТААНАЛИЗ

Новикова М.С.¹, Минушкина Л.О.¹,
Затейщиков Д.А.¹, Котенко О.Н.^{2,3}, Боева О.И.¹

¹Центральная государственная
медицинская академия Управления делами
Президента Российской Федерации,
²Городская клиническая больница №52,
³Российский университет дружбы народов,
Москва

Цель. Сравнить данные о смертности реципиентов почечного трансплантата (РПТ), полученные в ГКБ 52 ДЗМ с 2016 по 2020 гг., с систематическим анализом опубликованных исследований по этой теме.

Материал и методы. В электронных базах MEDLINE, Scopus и Кокрановского центрального регистра контролируемых исследований был проведен поиск подходящих исследований. Все проспективные и ретроспективные исследования по смертности с ≥ 50 пациентами РПТ были признаны подходящими. Мета-анализ пропорций проводился с использованием преобразования Фримана-Туки для вычисления взвешенной суммарной доли по модели фиксированных и случайных эффектов. Из общего числа найденных 187 исследований в систематический обзор и мета-анализ были включены 7, в том числе и наше, с общим количеством 13200 РПТ.

Результаты. В ГКБ 52 ДЗМ с 2016 по 2020 гг. наблюдалось 459 реципиентов почечного трансплантата. За этот период времени выжило 432 (94,12%), умерло 27 (5,88%), от сердечно-сосудистых заболеваний – 4 (0,87%), от потери трансплантата и почечной недостаточности – 3 (0,65%), от инфекционных заболеваний – 4 (0,87%), от онкологических заболеваний – 3 (0,65%), от неясных – 9 (1,96%) и других причин – 4 (0,87%).

При анализе пятилетней выживаемости доля умерших в среднем составила 11,2% (фиксированная модель) и 11,07% (случайная модель). Зафиксированный в российском регистре ГКБ 52 ДЗМ уровень смертности был ниже (5,88%), однако в целом, данные мета-анализа отличались невысокой гетерогенностью. Доля сердечно-сосудистых смертей в анализируемых исследованиях была близкой (0,87-3,3%), в среднем 1,68% (фиксированная модель), 1,91% (случайная модель). Данные были слабо гетерогенны.

Большой разброс был зафиксирован для анализа частоты смерти от сепсиса или иных инфекционных осложнений (0,8-6,0%), в среднем 2,58% (фиксированная модель) или 3,42% (случайная модель). Разброс данных о частоте смертей от инфекционных осложнений был более гетерогенным, однако ни в одном из случаев не было выявлено систематической ошибки отбора данных.

Выводы. Настоящий мета-анализ предполагает, что смертность в 20016-2020 гг. среди РПТ, проживших более года после аллотрансплантации почки (АТП) и наблюдающихся в Московском Городском Нефрологическом Центре ГКБ 52 ДЗМ, меньше, чем в популяции таких же пациентов за аналогичный период времени, наблюдающихся за рубежом. Учитывая ограниченное количество включенных пациентов и время наблюдения, необходимы дополнительные исследования среди РПТ.

СВОЕВРЕМЕННОСТЬ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА И ПРОФИЛЬ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА 2 ТИПА

Облавацкий Д.В.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Актуальность. Проблема ИМ 2 типа вызывает большой интерес исследователей и клиницистов, но до сих пор остается множество нерешенных вопросов, обусловленных трудностями постановки диагноза.

Цель. Изучить первоначальный профиль госпитализации и своевременность диагностики ИМ 2 типа.

Материалы и методы. В исследование включались пациенты, госпитализированные в различные отделения многопрофильного стационара СЗГМУ им. И.И. Мечникова в период с 01.01.2009 г. по 31.12.2018 г. За 10-летний период проанализировано 4168 клинических случаев установленного диагноза ИМ и ретроспективно отобраны пациенты, диагноз которых соответствовал критериям ИМ 2 типа (РКО 2007 г., ЕОК 2015 г., 2017 г.). Из общего количества пациентов с ИМ (n=4168) выделена исследуемая группа больных с ИМ 2 типа, включившая 681 пациента (16,34% от всех случаев ИМ за 10-лет). В выделенной группе оценены демографические показатели, профиль первоначальной госпитализации и своевременность постановки диагноза.

Результаты. Анализ демографических показателей больных с ИМ 2 типа показал, что средний возраст пациентов составил $69,4 \pm 13,9$ лет. Наиболее часто ИМ 2 типа встречается среди лиц пожилого (52,7%) и старческого (26,3%) возраста. Данное заболевание одинаково распространено среди мужчин (49,6%) и женщин (50,4%), $p > 0,05$.

Анализ характера госпитализации при ИМ 2 тип продемонстрировал, что только 47,7% больных изначально были госпитализированы в профильное кардиологическое отделение с подозрением на ОКС. Наиболее часто пациенты поступали с различными неотложными терапевтическими заболеваниями – 23,8% и экстренной хирургической патологией – 23,9%. У 4,6% больных с развившимся во время стационарного

лечения ИМ 2 типа госпитализация была организована в плановом порядке в различные отделения многопрофильного стационара.

Из 681 случаев ИМ 2 типа, лишь у 225 пациентов (33%) был своевременно поставлен данный диагноз. Из них у 124 больных ИМ 2 типа был полностью верифицирован данными КАГ / ОКТ и/или ВСУЗИ, а у остальных 67 пациентов – был установлен по клинико-анамнестическим данным. У 456 пациентов (67% из числа ИМ 2 типа) диагноз во время госпитализации не был диагностирован. Из них в 383 случаях (84%) диагноз ИМ сформулирован без указания типа; у 45 пациентов (9,9%) ИМ впервые появился в посмертном эпикризе без упоминания о типе; у 28 скончавшихся больных (6,1%) ИМ 2 типа был пропущен и выявлен при патологоанатомическом исследовании.

Выводы. Результаты исследования продемонстрировали, что на долю пациентов с ИМ 2 типа, получающих стационарное лечение вне отделения кардиологии, приходится больше половины всех анализируемых случаев. При этом, диагноз ИМ 2 типа часто устанавливался несвоевременно или был пропущен. Полученные данные свидетельствуют в очередной раз о высокой распространенности коморбидной и сопутствующей патологии в данной группе пациентов, трудностях диагностики заболевания и необходимости междисциплинарного подхода для своевременного распознавания и выбора оптимальной тактики ведения.

ДЕТЕРМИНАНТЫ РЕЗИДУАЛЬНОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА С ПОЗИЦИИ МНОГОКОМПОНЕНТНОЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Объедкова Н.Ю.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск

Введение. В настоящий момент комбинированные схемы гиполипидемической терапии имеют высокую эффективность достижения целевых уровней липопротеинов, однако даже в этом случае остается так называемый резидуальный риск (РР), с наличием которого, по последним данным, связано значительное число сердечно-сосудистых осложнений.

Цель исследования. Оценить резидуальный риск пациентов с учетом аддитивных факторов на фоне многокомпонентной гиполипидемической терапии.

Материалы и методы. Исследовали 30 мужчин возрастом 55-75 лет с ИБС, стабильной стенокардией напряжения II функционального класса, постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) и коморбидной патологией в анамнезе – неконтролируемой артериальной гипертензией (АГ), сахарным диабетом 2 типа (СД),

хронической болезнью почек (С3а, С3b), индексом массы тела до 39,9 кг/м²; дислипидемией. Всем пациентам была назначена гипохолестериновая диета. В 1-ю группу вошли 10 пациентов, которым был назначен розувастатин 20 мг ежедневно, во 2-ю – также 12 пациентов, которым была назначена фиксированная комбинация розувастатин 20 мг и эзетимиб 10 мг per os; в 3-ю группу вошли 8 пациентов, находящихся на тройном ингибировании холестерина – к фиксированной комбинации добавлен иPCSK9 алирокумаб в дозе 75 мг 1 раз в 2 недели (ввиду неэффективности предыдущих этапов лечения). За период наблюдений в 3 месяца состоялось 3 визита. Были использованы следующие методы: общий осмотр с определением уровня артериального давления (АД), индекса массы тела (ИМТ) лабораторные методы: общий анализ крови, биохимическое обследование (в том числе липидограмма, креатинин, глюкоза), липопротеина (а), инструментальные методы исследования: ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ брахиоцефальных артерий с вычислением толщины комплекса интима-медиа (ТКИМ). Статистически значимая связь исследуемых признаков для иллюстрации значения РР с учетом малого числа наблюдений была выявлена с помощью подсчета точного критерия Фишера по четырехпольным таблицам сопряженности, значение $p < 0,05$ принимали за достоверное.

Результаты и обсуждение. Достижение целевых уровней ХС-ЛПНП: на 1-м визите значение ХС-ЛПНП $< 1,4$ не зафиксировано ни у одного пациента. Через 6 недель приема выбранной схемы гиполипидемической терапии в 1-й группе пациентов, находящихся на монотерапии розувастатином, 35% пациентов достигли целевого диапазона значений липидов, во 2-й (на комбинированной терапии) – 48%; в 3-й – 75%. На 3-м визите через 12 недель терапии в 1-й группе пациентов 40% достигли ХС-ЛПНП $< 1,4$, во 2-й – 64%, в 3-й – 100%. Средние значения ХС-ЛПНП на 3-м визите: для 1-й группы 1,531±0,168 ммоль/л; для 2-й группы 1,378±0,197 ммоль/л, для 3-й 1,205±0,116 ммоль/л – тройная терапия сработала наиболее эффективно. Средние значения лп (а) для 1-й группы: 0,763±0,332 г/л; для 2-й 0,799±0,138 г/л, для 3-й 0,891±0,241 г/л т.к. лп (а) – маркер высокого резидуального риска, указывающий на наследственную предрасположенность к ранним и форсированным атеросклеротическим процессам, для 3-й группы – максимальные значения, чем объясняется неэффективность общепринятых схем терапии. По всем группам: значение лп(а) $< 0,5$ г/л у 40% пациентов (27% пациентов 1-й группы), лп(а) $> 0,5$ г/л у 60% пациентов, именно комбинированная терапия для них особенно действенна. По данным УЗИ БЦА: ТКИМ составляла в среднем 1,1±0,186 мм, что также свидетельствует об атеросклеротических изменениях, причем отличие по средним значениям для пациентов с лп(а) $< 0,5$ г/л и лп(а) $> 0,5$ г/л составляло 15%, что ассоциировано с высоким РР. Распределение всех участников исследования по значению ИМТ: ожирение 1-й степени – 43% пациентов, 2-й степени – 30%.

Коморбидность: неконтролируемая АГ – у 53% пациентов; ХСН IIa – у всех пациентов; метаболический синдром диагностирован у 20% пациентов; СД – у 37% больных. Аддитивные факторы: уровень контроля АД (< 140 и 90 мм рт ст) после назначения терапии в 1-й группе у 86% пациентов, во 2-й – у 93%; контроль гликемии достигнут у всех пациентов с СД. По результатам обследований составлены четырехпольные таблицы сопряженности для определения резидуального риска, включающие признаки уровня достигнутых ХС-ЛПНП, лп (а), статуса СД, ИМТ, уровня АД. Более высокий РР наблюдается у пациентов 1-й группы, что объясняется при прочих равных значительным различием в значении уровня ХС-ЛПНП ($p < 0,05$).

Выводы. Высокий РР связан с такими факторами, как уровень лп (а) $> 0,5$ г/л, неконтролируемой АГ, статусом СД или метаболического синдрома, в том числе и достижением целевых значений ХС-ЛПНП, а также рядом других факторов. Многокомпонентная гиполипидемическая терапия позволяет быстрее и эффективнее достичь целевых значений липопротеинов для пациентов с заведомо выявленной предрасположенностью к дислипидемии, а соответственно и высоким РР, причем добавление иPCSK9 к фиксированной комбинации дает практически 100% результат по достижению целевых значений ХС-ЛПНП, что впоследствии будет ассоциировано с меньшим числом фатальных сердечно-сосудистых осложнений.

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ

Овсянников Е.С., Дробышева Е.С.
Воронежский государственный медицинский
университет им. 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±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 возра-

сту ($F=0,11$, $p=0,24$). 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 САТ 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 с обострением заболевания по сравнению с больными с нормальной массой тела.

ОЦЕНКА ЛИПИДНОГО И АДИПОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ

Овсянников Е.С., Гречкин В.И.¹,
Пономарева Е.Ю.²

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

²Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи №1,
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 ≥ 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±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±0,13 ммоль/л и 1,12±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±1,34 и 1,07±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.

ПОЛИМОРФНАЯ ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭКСТРАСИСТОЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ БЕЗ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЦА: КЛИНИКО- ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ (КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Олесин А.И.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Индивидуализированный выбор медикаментозной терапии полиморфной желудочковой экстрасистолии (ПЖЭ) у пациентов без структурных изменений сердца (ПБСИС) путем оценки предикторов аритмогенной кардиомиопатии (ПАК) и клинико-прогностического значения ее течения.

Материалы и методы. Экспериментальное исследование. На животных проводилось моделирование ПЖЭ по механизму задержанной постдеполяризации (хлоридбариевая, строфантиновая, адреналиновая аритмии). При электрокардиографии (ЭКГ), помимо общепринятых параметров, анализировались также ПАК, как предэктопический интервал, его вариабельность, максимальный индекс внутреннего отклонения ЖЭ (МИВОжэ), продолжительность комплекса QRS ЖЭ (QRSжэ), QRS синусового ритма (QRS_{ср.}), их соотношение (QRSжэ/QRS_{ср.}) и т.д. Клиническое исследование (QRSжэ/QRS_{ср.}) и т.д. Клиническое исследование. Наблюдалось 223 ПБСИС в возрасте от 16 до 34 лет с ЖЭ IV-V классов (В. Раун, 1984). По ЭКГ определялись те же параметры, что и при экспериментальных аритмиях. Длительность наблюдения за пациентами составила до 10 лет. Конечной точкой наблюдения

явилось выявление или отсутствие патологии кардиоваскулярной системы.

Результаты. Экспериментальное исследование. ПАК регистрировались только при моделировании строфантиновой и адреналиновой аритмии. Клиническое исследование. У 122 (43,11%) пациентов с ПЖЭ без ПАК заболеваний кардиоваскулярной системы не наблюдалось, а наиболее эффективными антиаритмическими препаратами для устранения вентрикулярной эктопии оказались средства II класса. У 86 (38,57%) пациентов с ПЖЭ и МИВОжэ >0,5, QRSжэ >150 мс, QRSжэ/QRS_{ср.} >1,5 5-10 лет (в среднем 7,2±0,5 лет после включения в исследование была выявлена гипертоническая болезнь и у остальных – немиксоматозный пролапс митрального клапана, а положительный клинический эффект лечения эктопии был достигнут преимущественно при использовании противоаритмических препаратов III класса.

Заключение. У ПБСИС с ПЖЭ без регистрации ПАК заболеваний кардиоваскулярной системы не наблюдалось, наиболее эффективными оказались противоаритмические препараты II класса, а у остальных пациентов с ПАК была выявлена гипертоническая болезнь и немиксоматозный пролапс митрального, а положительный клинический эффект лечения ЖЭ был достигнут преимущественно при использовании противоаритмических препаратов III класса.

ВЛИЯНИЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ТРАКЦИОННОЙ ТЕРАПИИ НА СОВРЕМЕННОМ АППАРАТЕ ВЫТЯЖЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ДОРСОПАТИЕЙ

Оплетаев В.Ф.
ООО «ГК «Эксперт»,
г. Воронеж

Терапия вытяжения позвоночника может быть рекомендована для улучшения состояния позвоночника и облегчения боли, связанной с различными проблемами, такими как грыжа диска, сколиоз, остеохондроз. Анализ качества жизни проводился с использованием русифицированной валидизированной версии опросника «SF-36».

На данный момент в исследовании 79 человек. Средний возраст составил 44,6 (±8,7) года. Профиль пациента для выборки: болевой синдром умеренной интенсивности; возраст от 18,2 до 64,4 лет с люмбалгией/люмбоишалгией в анамнезе; мышечно-тонический синдром в поясничном отделе позвоночника; умеренный болевой синдром, не ограничивающий перемещение пациента; грыжи/протрузии по результатам методов визуализации до 6 мм. без стеноза СМК. На-

значение дополнительных методов диагностики являлось обязательным для включения в исследование.

Первый показатель – физическое функционирование, отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок. До применения в общей группе данный показатель составил $65,5 \pm 11,9$, у мужчин он оказался несколько выше – $73,1 \pm 7,1$, а у женщин, напротив, несколько ниже – $60,0 \pm 12,2$. После применения данный показатель улучшился во всех исследуемых группах: в общей группе – до $77,9 \pm 6,8$ ($p < 0,05$), среди мужчин – до $82,0 \pm 4,6$, а среди женщин – до $78,0 \pm 9,0$ ($p < 0,05$). Таким образом, физическое функционирование значимо улучшается в общей группе после тракционной терапии, преимущество в улучшении состояния у женщин. Оценивалась интенсивность боли. До применения в общей группе он достигал значения $47,0 \pm 12,0$, среди мужчин – $56,0 \pm 5,0$, а среди женщин – $38,6 \pm 14,5$. После применения процедур значения показателя в общей группе и группе мужчин увеличились до $55,5 \pm 14,2$ и $63,4 \pm 8,6$ ($p < 0,05$) соответственно. В группе женщин показатель составил $48,5 \pm 14,2$. Следовательно, интенсивность боли значимо уменьшилась у мужчин, против общей группы и женщин. В общей группе до лечения общее состояние здоровья в выборке $57,4 \pm 9,0$, мужчины – $58,6 \pm 12,5$, как и у женщин – $58,8 \pm 7,6$. Таким образом, в общей выборке и выборке по полу общее состояние пациенты оценивали почти одинаково. После применения данный показатель составил в общей группе $66,2 \pm 11,5$, у мужчин – до $75,6 \pm 14,2$ ($p < 0,1$), а среди женщин незначимо возрос – до $59,6 \pm 8,8$. Таким образом, можно сделать вывод, что влияние на общее состояние здоровья тракционной терапии у мужчин выше, чем у женщин.

Данные шкалы (физическое функционирование, ролевое функционирование, интенсивность боли, общее состояние здоровья) составляют физический компонент здоровья. До применения физический компонент здоровья в общей группе исследуемых составлял $55,8 \pm 5,7$, у мужчин он оказался несколько выше – $62,4 \pm 3,1$, а у женщин, напротив, ниже – $52,1 \pm 4,6$ ($p < 0,05$). Следовательно, физический компонент здоровья у женщин на старте исследования был ниже. После применения данный показатель возрос во всех исследуемых группах: в общей группе – до $65,9 \pm 8,1$, у мужчин – до $72,3 \pm 7,1$, у женщин – до $62,6 \pm 5,9$. Таким образом, у мужчин более высокий уровень физического компонента здоровья до и после применения, чем в общей группе и у женщин. При этом, во всех группах установлено значимое улучшение физического компонента здоровья по SF-36 ($p < 0,05$), с преобладанием улучшения у мужчин, чем у женщин. Следующая шкала – социальное функционирование, которая определяется степенью в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). До применения уровень социального функционирования в общей группе составил $62,6 \pm 13,8$, в группе мужчин он оказался несколько

выше – $70,0 \pm 12,1$, а среди женщин, напротив, несколько ниже – $56,7 \pm 12,0$. После применения Robospine данный показатель возрос во всех исследуемых группах и составил $63,9 \pm 15,6$ в общей группе, $77,0 \pm 11,0$ среди мужчин и $55,0 \pm 20,1$ среди женщин.

При оценке ролевого функционирования выявлено, что в общей группе он составлял $65,5 \pm 12,0$, среди мужчин ниже – $54,6 \pm 18,4$, а среди женщин – $76,6 \pm 14,3$. После применения Robospine этот показатель в общей группе возрос до $91,6 \pm 14,1$, в группе женщин увеличился до $92,6 \pm 15,1$, а среди мужчин – $89,0 \pm 14,8$. Во всех трех выборках произошло значимое улучшение ролевого функционирования ($p < 0,05$), при этом на входе в исследование у мужчин достоверно хуже ролевое функционирование, также и в группе мужчин более выражено улучшение этого показателя. При оценке общего состояния качества жизни пациентов до применения уровень в общей группе составлял $58,8 \pm 5,2$, среди мужчин он оказался $61,0 \pm 7,2$, а среди женщин – $55,8 \pm 3,2$. Таким образом, изначально ухудшение качества жизни пациентов с дорсопатией преобладает у женщин. После применения терапии данный показатель возрос в общей группе исследуемых до $67,4 \pm 8,1$ ($p < 0,05$), среди женщин он увеличился до $64,3 \pm 7,0$ ($p < 0,05$). В группе мужчин после применения Robospine увеличился до $74,8 \pm 7,6$ ($p < 0,05$). Таким образом, высокий уровень улучшения качества жизни после применения вытяжения позвоночника наблюдается во всех трех группах выборки.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Орзиев Д.З.¹, Абдуллаев А.Х.^{1,2}, Узоков Ж.К.¹,
Аляви Б.А.², Курмаева Д.Н.³

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

²Ташкентский педиатрический медицинский институт,

³Центр передовых технологий,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить влияние персонализированного комплексного подхода к лечению и реабилитации больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с сопутствующей патологией.

Материалы и методы. Наблюдали больных 26 ИБС стабильной стенокардией напряжения (СС) III функционального класса (ФК) с сахарным диабетом 2 типа (СД 2) и артериальной гипертензией (АГ), которым проведено плановое стенирование коронарных

артерий (СКА). Изучали липиды (холестерин (ХС), ХС липопротеинов низкой и высокой плотности (ХСЛПНП и ХСЛПВП), триглицериды (ТГ), активность аланин- и аспартаминотрансферазы (АЛТ и АСТ), общий билирубин (ОБ), полиморфизм генов 9p21 (rs 2383206 и rs 10757272), оценивали жизнеспособность миокарда (эхокардиография, ЭХОКГ, мультислайсная компьютерная томография, МСКТ), проводили ультразвуковые исследования печени. На фоне базисной терапии (аспирин, клопидогрел, статины, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, сахароснижающие препараты по рекомендации эндокринолога) пациенты получали растительный гепатопротектор. Все больные соблюдали соответствующую диету (сбалансированное питание, употребление достаточного количества молочных, цельнозерновых продуктов, овощей, фруктов, орехов, рыбы, растительного масла, исключение животного). В программах кардиореабилитации рекомендовали уровень тренирующей нагрузки 60-70% от максимально переносимой по результатам ЭКГ, ЭХОКГ, МСКТ с учетом клинического состояния больного.

Результаты и обсуждение. Исходные показатели липидов у больных ИБС с СД2 и АГ составили: ХС – 6,9; ХСЛПНП – 3,6; ХСЛПВП – 1,1; ТГ – 2,5 ммоль/л. По исходным показателям глобальной и локальной сократительной способности миокарда ЛЖ у пациентов с СД2 были хуже. В конце наблюдения содержание липидов: ХС – 5,0; ХСЛПНП – 2,36; ХСЛПВП – 1,18; ТГ – 1,61 ммоль/л. Благоприятное действие СКА и консервативного лечения (статинов, антиагрегантов, и АПФ) на изученные показатели, а также сопутствующие СД2 и АГ, указывает об их влиянии на патогенетические звенья ИБС, что особенно важно при лечении больных с сопутствующими СД2 и АГ. Статины и антиагреганты переносились хорошо, случаев отмены не было. Активность ферментов (АЛТ, АСТ), содержание ОБ были в пределах нормальных величин. Проведенные генетические исследования позволили подобрать эффективные и безопасные дозы антиагрегантов и статинов, исключающей развитие осложнений и резистентности к препаратам. Гепатопротектор, в состав которого входят экстракты лекарственных растений, обладающий противовоспалительным, спазмолитическим, желчегонным свойствами оказал благоприятное влияние на состояние и функции печени, улучшил переносимость базисного лечения. Персонализированный подход к лечению осуществлялся с учетом результатов генетического тестирования для подбора оптимальной дозировки препаратов. В зависимости от распределения генотипов CYP2C19*17 (rs 12248560) CC, CT и TT или гена CYP2C19 (rs 4244285) GG, AG и AA увеличивали/снижали дозы антиагрегантов. Оценка жизнеспособности миокарда, соответствующий индивидуальный подбор доз статинов и антиагрегантов, а также гепатопротектор повысили эффективность и безопасность лечения. Соблюдение принципов здорового образа жизни наиболее эффективный способ профилактики ИБС, с помощью которого, особенно на ранних стадиях, можно снизить и риск сердечнососудистых осложнений.

Соблюдение рекомендации по рациону и режиму питания помогли предотвратить серьезные осложнения, сохранить бодрость и хорошее настроение. Использование тренирующих нагрузок низкой/умеренной интенсивности позволяет включать в тренировочные группы более тяжелых по функциональным возможностям кардиальных больных, больных с СД2 и АГ. ЗОЖ – важная составляющая первичной и вторичной профилактики сердечнососудистых заболеваний, в первую очередь связанных с атеросклерозом. Актуальность ИБС обусловлена ее широкой распространенностью, материальными затратами, связанными с тяжелым и прогрессирующим течением заболевания, частыми госпитализациями, дорогостоящим кардиохирургическим и длительным медикаментозным лечением.

Выводы. Сбалансированное питание снижает риск развития и прогрессирования болезни. Диетические модели могут влиять на течение болезни путем модификации таких факторов риска, как ожирение, дислипидемия и артериальная гипертензия, а также факторов, связанных с системным воспалением, низкой чувствительностью к инсулину, окислительным стрессом, эндотелиальной дисфункцией, тромбозом и нарушенным сердечным ритмом. Соблюдение диеты – важный элемент в профилактике и лечении ИБС с СД2 и АГ. Комплексный подход к профилактике и лечению больных ИБС с СД2 и АГ, нуждающихся в СКА, с учетом функционального состояния и жизнеспособности миокарда, фармакогенетических особенностей препаратов, повышает эффективность реваскуляризации, предупреждает развитие резистентности к препаратам, возможных побочных эффектов и осложнений.

АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ: ЗНАЧИМОСТЬ РЕГИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПУТЕЙ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИРУСОВ И ГРУПП РИСКА

Останкова Ю.В.¹, Бальде Т.А.²

¹Научно-исследовательский эпидемиологии
и микробиологии им. Пастера,
Санкт-Петербург,

²Research Institute of Applied Biology,
Dar Salam, Гвинея

Глобальной проблемой здравоохранения во всем мире остаются гемоконтактные инфекции, в первую очередь вызываемые вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), а также вирусами гепатитов В (ВГВ) и С (ВГС). В настоящее время, в рамках реализации новой стратегии, призванной закрыть «белые пятна» в таких областях, как комплексная профилактика ВИЧ и права ключевых групп населения, оценка распространенности и генотипическая характеристика ВИЧ, ВГС и ВГВ

в ключевых группах с целью профилактики передачи патогенов являются значимыми задачами. Одной из первичных задач при этом становится выявление групп риска как сходных в разных регионах мира, так и индивидуально характерных для тех или иных стран. Сбор таких данных, как и сбор анамнеза пациентов, может быть затруднен из-за традиций и/или культурных особенностей стран. Сходная ситуация может возникать в территориально отдаленных и/или закрытых регионах в пределах одной страны.

Целью доклада является акцентировать внимание первичного звена на сбор анамнестических данных с учетом происхождения и проживания пациента. Будут рассмотрены вопросы статистических данных и реальной ситуации; выделены неожиданные для нас причины, затрудняющие сбор анамнестических данных, профилактику (в том числе вакцинопрофилактику), диагностику и лечение, а также выявление новых групп риска. В ходе исследований методами ИФА и ПЦР определяли серологические и молекулярно-биологические маркеры ВИЧ, ВГВ, ВГС у жительниц Гвинейской Республики.

Результаты. Встречаемость анти-НВscore IgG достоверно не отличается между подгруппами медсестер, акушерок и парикмахеров (группа 1), а также между подгруппами домохозяек, преподавателей, продавцов, студенток, учащихся и швей (группа 2). При объединении указанных групп 1 и 2 выявлено достоверное преобладание частоты анти-НВscore IgG в группе 1 ($\chi^2=84,188$ при $df 1$, $p<0,0001$, $RR=1,942$ при 95% ДИ 1,731-2,179). При сравнительной оценке доли лиц с по крайней мере одним анализируемым молекулярно-биологическим маркером (ВИЧ или ВГВ, или ВГС) было показано, что таковые не отличаются у медсестер по сравнению с парикмахерами, однако достоверно выше, чем в других подгруппах ($p=0,0024$, $RR=1,569$ при 95% ДИ: 1,226-2,008). Если в случаях медсестер и акушерок причина очевидна – профессиональный контакт с биологическими жидкостями, потенциально инфицированной кровью, то связь повышенной частоты встречаемости серологических и молекулярно-биологических вирусных маркеров с профессией парикмахера вызывает вопросы. Одной из часто оказываемых услуг парикмахеров в Гвинее является наращивание волос, заключающееся в пришивании искусственных прядей волос к собственным волосам клиента, заплетенным в мелкие косички по всей волосистой части головы. При этом во время процедуры игла несколько раз насквозь протыкает кожу черепа, фактически пришивая наращиваемые волосы к голове, приводя к кровотечениям, в том числе, перидически, сравнительно обширным. Кроме того, сами парикмахеры в процессе такой работы нередко наносят себе царапины и уколы используемыми иглами.

Таким образом, указанная профессия тоже связана с контактом с кровью, которая может служить источником инфицирования. Таким образом, в результате обследования лиц из Гвинейской Республики была выявлена нестандартная группа риска повышенного инфицирования гемоконтактными вирусами – парикмахеры.

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В СЗФО: NESTED-ПЦР С ИДЕНТИФИКАЦИЕЙ СИГНАЛА В РЕАЛЬНОМ ВРЕМЕНИ ПО ТРЕМ ВИРУСНЫМ МИШЕНЯМ С ПОСЛЕДУЮЩИМ СЕКВЕНИРОВАНИЕМ

Останкова Ю.В.¹, Серикова Е.Н.¹,
Кусевицкая М.Б.²

¹ Научно-исследовательский эпидемиологии
и микробиологии им. Пастера,

² Городская клиническая больница №3,
Санкт-Петербург

НВsAg-негативный вирусный гепатит В характеризуется наличием ДНК вируса в гепатоцитах при недетектируемом уровне НВsAg в периферической крови вне зависимости от того, выявляется или нет ДНК ВГВ методом ПЦР в периферической крови в связи с низкой вирусной нагрузкой. При указанной форме заболевания сохраняются факторы риска, в том числе риск передачи вируса от матери к ребенку. Выявление вируса, а затем определение его генотипического и мутационного профилей у беременных женщин позволит своевременно определить заболевание и предотвратить инфицирование ребенка. В ходе исследований методами ИФА и ПЦР определяли серологические и молекулярно-биологические маркеры ВГВ у беременных женщин в СЗФО. Дополнительно осуществляли выявление ВГВ с низкой вирусной нагрузкой, используя nested-ПЦР с идентификацией сигнала в реальном времени по трем вирусным мишеням. Выявленные изоляты секвенировали для определения генотипов и мутаций. В результате частота встречаемости НВsAg составила 0,7%, антител анти-НВscore IgG – 14,8%, анти-НВs IgG – 68,6%, одновременно антител анти-НВscore IgG и анти-НВs IgG – 3%. Стандартным методом ДНК ВГВ выявлена у 0,7% обследованных, однако при использовании nested-ПЦР ДНК ВГВ выявлена у 5,6% обследованных, при этом, с учетом особенностей беременности, на суррогатных беременных пришлось 1,9% случаев ДНК ВГВ, а на женщин с естественной беременностью – 7%. Отсеквенированы полные геномы ВГВ во всех случаях с выявленной ДНК ВГВ. Согласно филогенетическому анализу, доли субгенотипов D1 и D2 были одинаковыми (40,9%), субгенотипы D2 и A2 также имели одинаковую частоту встречаемости (по 9,1%). Мутации лекарственной устойчивости L180M и M204V (резистентность к ламивудину, телбивудину, частичная резистентность к энтекавиру) выявлены у изолята субгенотипа A2. Кроме того, два изолята A2 имели замену L217R в S-регионе. У изолята субгенотипа D1 обнаружена компенсаторная мутация S202G. Мутация M129L показана в трех случаях. В регионе главной гидрофильной области ВГВ генотипа

Д определены двадцать шесть позиций, в которых происходили аминокислотные замены: C107G, I110S/L, P111Q, T113S, T114A/S, T118A/V, K122R, T125M, T127P, A128V, Q129R, G130A, N131T, F134Y, C138W, C139G, S143P/L, G145E, P151H/R/S, A157G/P, A159G, Y161F, W163*W, E164K, W165*W, V168A. В регионе Core генотипа D определены следующие позиции, в которых происходили аминокислотные замены: T12S, S21T/H/A/Q, F24Y, V27L, D29Q, A34T, E40D/Q, A41P, P45H, S49T, L55I, E64D, M66L/R, T67N/S, A69V/S, N74G/V, E77D, D78H, P79Q, A80I/T, D83E, N87S, V89D, N90H, T91N, N92H, M93V, L95I, I97F/L, I105V, T109S, F110L, E113Q/D, L116V/I, Y118D, P130A, A131T, P135S, N136D, T142L, L143R, T147C, V149I, R151P, S157T, Q179K, S183P. У изолятов ВГВ А2 определены мутации: P50H, I59V, I105L, T109M, R151C, Q179K. Встречаемость HBsAg-негативного гепатита В среди беременных женщин свидетельствует о недостаточном охвате вакцинацией этой группы, а также о недостаточности используемых в настоящее время методов диагностики для выявления ВГВ-инфицированных беременных женщин. Полученные данные о представленности клинически значимых мутаций вируса свидетельствуют о недостаточности выявления и генотипирования ВГВ в социально-значимых группах. В мире с возрастающей обеспокоенностью обсуждают растущую распространенность штаммов ВГВ с мутациями вакцинного ускользания и возможность того, что такие вирусы могут использовать преимущества вируса дикого типа в преодолении иммунитета вакцинированных лиц. Очевидна необходимость внедрения в рутинную лабораторную диагностику метода, позволяющего выявлять вирус при низкой вирусной нагрузке, следует также рассмотреть значимость идентификации мутаций вируса, способных служить прогностическими маркерами развития заболевания.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Остапчук Е.С., Шумилова А.Н., Вербих Т.Э.

Тюменский государственный
медицинский университет,
г. Тюмень

Цель исследования. Изучение влияния сахарного диабета (СД) на клинические аспекты у пациентов с хронической ишемией головного мозга.

Материалы и методы. Исследовано 150 человек с хронической ишемией головного мозга. Сахарный диабет наблюдался каждого третьего пациента (30,7%, $p=46$), из них 35 женщин, 11 мужчин. Средний возраст пациентов с СД составил 69,8 лет, без СД 66 лет. Когнитивные функции исследованы с помощью

шкалы MMSE (менее 27 баллов-когнитивные нарушения). Проведена оценка уровня тревоги и депрессии по шкале HADS, где более 8 баллов - субклинически и клинически выраженная депрессия. Проведена оценка синдром старческой астении (ССА) по шкале «Возраст не помеха», где 3 балла и более – пациенты с ССА.

Результаты и обсуждение. Пациенты с сахарным диабетом предъявляют многочисленные жалобы, причем частота данных жалоб выше по сравнению с пациентами без сахарного диабета. Так жалобы на нарушение памяти выявлены у 34,1% пациента с СД (14,8% без СД), нарушение сна при СД – 34,5% (17,6% без СД), головные боли при СД – 35,8% (18,2% без СД, $p=0,03$), головокружение при СД – 33% (23% без СД), общая слабость при СД – 34% (17,2% без СД).

Сосудистые заболевания чаще выявлялись у пациентов с СД. Так у пациентов с СД чаще установлена патология почек – 39,3% (16% без СД), ИБС – 48,8% (37,4% без СД), мерцательная аритмия – 9,3% (7,5% без СД).

Среди пациентов с сахарным диабетом преобладают пациенты с повышенной массой тела, так средний ИМТ у пациентов с сахарным диабетом составляет 32,2, тогда как без сахарного диабета – 27,3.

Когнитивные нарушения по шкале MMSE (менее 27 баллов) выявлены у каждого третьего пациента с СД (30%), тогда как без СД когнитивные нарушения установлены в 20,4% случаев.

При сахарном диабете установлена высокая частота пациентов с синдромом старческой астении. Так при СД выявлено 79% пациентов с синдромом старческой астении, тогда как без СД – 60% пациентов с ССА.

У пациентов с СД отмечен повышенный уровень тревоги (более 8 баллов по шкале HADS) 46,5%, тогда как у пациентов без СД уровень тревоги несколько ниже 42,1%.

Обращает внимание значительно высокий уровень депрессии у пациентов с сахарным диабетом. Так пациентов без СД уровень депрессии (более 8 баллов по шкале HADS) составил 48%, тогда как у пациентов с СД уровень депрессии выше – 65,1%.

Выводы. Пациенты с сахарным диабетом имеют высокую коморбидность с сердечно-сосудистыми заболеваниями, когнитивные нарушения и часто тревожно-депрессивную дисфункцию, что существенно отражается на качестве жизни пациентов с сахарным диабетом. Задача врача любой специальности своевременно диагностировать сахарный диабет с целью коррекции уровня гликемии и профилактики осложнений сахарного диабета.



ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНЫМ ТЕЧЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Остапчук Е.С., Кузнецов В.В.
Окружная клиническая больница,
г. Тюмень

Цель. Изучить влияние некомпенсированной артериальной гипертонии на клинические, когнитивные и аффективные проявления у пациентов с хронической ишемией мозга.

Материалы и методы. Нами изучены 155 пациентов старше 60 лет, пролеченных в неврологическом отделении с установленным диагнозом: «Хроническая ишемия головного мозга 1-2 ст. и артериальная гипертония 1-3 степени». Из них 104 женщины и 51 мужчина. Пациенты с АГ разделены на 2 группы в зависимости от степени компенсации артериального давления (АД). Всем пациентам проводилось неврологическое исследование, изучался анамнез заболевания и жизни, исследовали внимание по таблице Шульте, когнитивную функцию по шкале ММСЕ, шкалу тревоги и депрессии по шкале НАДС и проводили оценку синдром старческой астении по опроснику «Возраст не помеха».

Результаты и их обсуждение. Из 155 человек с компенсированными цифрами артериального давления наблюдалось 65% женщин и 58 % мужчин.

У пациентов с нестабильными цифрами артериального давления чаще чем у пациентов с без кризового течения АГ устанавливалась соматическая патология: щитовидной железы (34,5% и 25%, соответственно), заболевания почек (25,5% и 19,3%), постинфарктного кардиосклероза (19% и 6,8%), мерцательной аритмии (11,8% и 6,8%), перенесенного инсульта (45% и 37,7%). Таким образом, кризовое течение артериальной гипертонии чаще наблюдается при совокупности заболеваний. Возможно данное обстоятельство связано с тем, что нестабильные цифры АД способствуют декомпенсации сердечно-сосудистой патологии.

Пациенты с нестабильным артериальным давлением по сравнению с пациентами с нормальными цифрами артериального давления чаще жалуются на нарушение памяти (87 % и 69%, соответственно), нарушение сна (85% и 60%), головокружение (76% и 46%), общую слабость (83% и 58%).

При нестабильном артериальном давлении значительно снижается внимание: при компенсированном АД по таблице Шульте 82,98 сек, без компенсации АГ – 62,85 сек.

Пациенты с нестабильным артериальным давлением имеют проблемы в когнитивной сфере. Так по шкале ММСЕ выраженные когнитивные нарушения (менее 26 баллов) имеют 36,2% пациентов с нестабильным артериальным давлением по сравнению с 15,7% пациентами с компенсированной артериальной гипертонией, $p=0,01$.

Высокий уровень тревоги (более 8 баллов по шкале НАДС) наблюдается у 50% пациентов с стабильным АД, тогда как у пациентов с нестабильными цифрами артериальной гипертонии уровень тревоги ниже 35,4%. При оценке уровня депрессии высокие показатели подавленного настроения (более 8 баллов) установлены у пациентов с некомпенсированным АД (61%) по сравнению с пациентами с компенсированным артериальным давлением (50%). Учитывая данные показатели тревоги и депрессии у пациентов с артериальной гипертонией выявили, что пациенты с нестабильным артериальным давлением имеют более низкие показатели качества жизни из-за наличия высокого уровня депрессии по сравнению с пациентами с компенсированными цифрами артериального давления.

Мы посмотрели зависимость компенсации артериальной гипертонии от количества принимаемых гипотензивных препаратов в сутки. Если пациент принимал 1 гипотензивный препарат, то в 62% случаев наблюдались стабильные цифры артериального давления, при приеме 3 препаратов – в 59,5%, тогда как при приеме 5 препаратов процент компенсированных пациентов по цифрам АГ составляет лишь 16,7%.

При сравнении пациентов с компенсированным и с нестабильным артериальным давлением выявлено, что при стабильных показателях АД пациенты более независимы в повседневной жизни: при обращении с телефоном (88,4% и 74,3%), в приготовлении пищи (69,8% и 65,2%), стирке (72% и 60%), пользовании общественным транспортом (72,1% и 65%), приеме лекарственных препаратов (81% и 77%).

Выводы. Таким образом, нестабильные цифры артериального давления негативно влияют на различные аспекты жизни пациентов, поэтому необходимо постоянно контролировать артериальное давление и своевременно проводить коррекцию лечения для профилактики сердечно-сосудистой патологии и улучшения качества жизни наших пациентов.

МР-ЭНТЕРОГРАФИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА: ЧТО ЛУЧШЕ – 1,5 ИЛИ 3 ТЕСЛА?

Оточкин В.В., Розенгауз Е.В., Кудинова К.В.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Определить возможности МР-энтерографии, выполненной на томографах с индукцией магнитного поля 1,5 и 3 Тесла, в диагностике воспалительных заболеваний кишечника.

Материалы и методы. Магнитно-резонансная энтерография выполнена у 374 пациентов с подозрением на болезнь Крона, из них у 82 пациентов исследования выполнены на томографе с индукцией магнитного

поля 3 Тесла, у остальных – 1,5 Тесла. Во всех случаях были получены T2, T1 взвешенные изображения (ВИ) в трех взаимно перпендикулярных плоскостях, диффузионно-взвешенные изображения (ДВИ) с фактором $b=1000$ в аксиальной плоскости, внутривенное контрастирование. Для перорального контрастирования использовались полиэтиленгликоль и маннитол.

Результаты и обсуждение. Артефакты от перистальтики при выполнении МР-энтерографии на сверхвысокопольном томографе встречались чаще ($p<0,05$) и в основном на постконтрастных T1 ВИ, что затрудняло их оценку. Активный воспалительный процесс диагностирован у 31 пациента с предварительным диагнозом болезнь Крона с утолщением стенок более 5 мм с повышением МР-сигнала на ДВИ и снижением на ADC-картах. Дополнительной информации при исследовании на сверхвысокопольном томографе по сравнению с 1,5 Тесловым томографом у таких пациентов не было выявлено. Чувствительность сверхвысокопольного томографа к выявлению минимальных воспалительных изменений в терминальном отделе подвздошной кишки была выше и составляла 97%. Разрешение и информативность диффузионно-взвешенных изображений была выше и возможно было выявление мелких брыжеечных лимфатических узлов, которые в нескольких случаях ($n=9$) были единственным косвенным МР-признаком воспаления в рядом расположенном сегменте тонкой кишки.

Выводы. Преимуществами сверхвысокопольного МР-томографа по сравнению с 1,5 Тесловым томографом при выполнении МР-энтерографии являются: возможность визуализации минимальных воспалительных изменений слизистой тонкой кишки у пациентов с болезнью Крона и мелких реактивно измененных лимфатических узлов. Преимущество МР-энтерографии, выполненной на томографе с индукцией магнитного поля 3 Тесла, в оценке умеренного и выраженного воспаления при болезни Крона не отмечалось.

ПРОЯВЛЕНИЯ И ТЕРАПИЯ НЕПОЛНОЙ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Панафидина Т.А., Попкова Т.В.,
Насонов Е.Л., Лиля А.М.

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

Введение. Термин «неполной» системной красной волчанки (СКВн), как наиболее используемый в современной ревматологии, отражает состояние, которое не классифицируется в соответствии с существующими критериями как определенная (достоверная, классифицируемая) СКВ, но имеет неполное количество

признаков, специфичных для данной болезни. «Волчаночные» аутоантитела появляются у пациентов за годы до постановки диагноза, а наиболее частые клинические проявления имеют неспецифический характер и некоторое время могут быть единственным симптомом болезни. Постепенное прогрессирование заболевания приводит к развитию «достоверной» СКВ у 5-57% пациентов с СКВн в течение 1-10 лет. В настоящее время отсутствуют рекомендации по мониторингу и терапии пациентов с СКВн.

Цель исследования. Определение клинических и серологических проявлений СКВн, вариантов терапии, частоты прогрессирования в «достоверную» СКВ.

Материал и методы. В наблюдательное ретроспективно-проспективное исследование включено 60 пациентов (97% женщин), медиана возраста составила 38 [26;47] лет. Диагноз СКВн был установлен ревматологом как состояние, которое, с одной стороны, имеет неполное количество признаков (<4 критериев), характерных для СКВ, согласно критериям ACR 1997 г. и SLICC 2012 г. и, с другой стороны, не классифицируется как другое иммуновоспалительное ревматическое заболевание (ИВРЗ). Все больные наблюдались в клинике ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой и подписали информированное согласие на участие в исследовании. Проводилось общепринятое клиническое, лабораторное и инструментальное обследование с использованием стандартных методов. Активность СКВ определялась с помощью индекса SLEDAI-2K, для оценки необратимых органических повреждений применяли индекс SDI.

Результаты. Медиана возраста установки диагноза СКВн составила 33 [25; 42] года, первых проявлений – 27 [22; 39] лет. Отягощенная наследственность по ИВРЗ выявлена у 10% пациентов с СКВн. Медиана длительности СКВн – 12 [2; 29] мес, у 20% больных она достигла ≥ 5 лет. На момент верификации СКВн большинство пациентов имели сочетание клинических и иммунологических проявлений, специфичных для СКВ – 77%, только клинические симптомы встречались у 15% пациентов, изолированные иммунологические нарушения – у 8% пациентов с СКВн. Основными клиническими проявлениями СКВн являлись: поражение суставов (артриты/артралгии) (55%), лихорадка (30%), гематологические нарушения (28%) и поражение кожи (острая, подострая, хроническая кожная красная волчанка) (23%). Подавляющее большинство пациентов (82%) имели положительный антинуклеарный фактор (АНФ), позитивные анти-дс-ДНК обнаружены у 45% больных. Серьезные поражения внутренних органов встречались редко: нефрит (10%), серозит (8%), неврологические нарушения (5%), язвенно-некротический васкулит (3%), интерстициальное поражение легких (2%) и миокардит (2%). Сопутствующий антифосфолипидный синдром (АФС) обнаружен у 13% пациентов с СКВн. Активность заболевания соответствовала низкой (SLEDAI-2K 2 [1; 5] баллов), индекс повреждения SDI – 0 [0;0] баллов.

В ходе проспективного динамического наблюдения (медиана составила 14 [5; 35] мес) у 55% пациентов предварительно установленный диагноз СКВн был пересмотрен в пользу других заболеваний: у 25% – в пользу достоверной СКВ (согласно критериям ACR 1997 г. и SLICC 2012 г.), у 6% больных диагноз был пересмотрен на другие ИВРЗ (болезнь Шёгрена, анкилозирующий спондилит, недифференцированный артрит (по одному пациенту), 18% больным какое-либо ревматическое заболевание было исключено. Двадцать семь пациентов (45%) продолжили наблюдаться ревматологом с диагнозом СКВн.

Наибольшее число больных (57%) принимали гидроксихлорохин (ГХ) в дозе 200 мг/сут и глюкокортикоиды (ГК) – 42%, иммуносупрессанты и генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) – в единичных случаях. Кроме того, часто назначались нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) – в 25% случаях, витамин D – 27%, внутривенный иммуноглобулин – 7%, низкие дозы ацетилсалициловой кислоты – 17%, антикоагулянты – 10%, сульфасалазин – 3% и элтромбопаг – 2%.

Выводы. Самыми частыми клиническими проявлениями у пациентов с СКВн являются поражение суставов, гематологические нарушения, кожно-слизистые симптомы, серологическими – положительные АНФ, анти-дс-ДНК, аФЛ, гипокомплементемия. У 25% пациентов отмечено прогрессирование СКВн в определенный диагноз СКВ в течение периода наблюдения >12 мес, при этом 18% больным какое-либо ИВРЗ было исключено, большинство пациентов (45%) продолжило наблюдение с диагнозом СКВн. Для лечения СКВн преимущественно применялись ГХ и невысокие дозы ГК, а также витамин D, НПВП и антитромботические препараты.

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В УСЛОВИЯХ КОМОРБИДНОСТИ

**Панина О.А., Крючкова А.В., Семьнина Н.М.,
Пятницкая С.И., Гриднева Л.Г.**
Воронежский государственный медицинский
университет им. Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Масштабы распространения сахарного диабета II типа вызывают опасения у многих специалистов во всем мире, т.к. пациентов с данной патологией становится все больше год от года. Особенность образа жизни современного человека (гипокинезия, диетологические погрешности с увеличенным количеством углеводов, жиров, соли, таких синтетических добавок, как красители, улучшители вкуса и запаха, частые

острые стрессовые ситуации и хронический стресс, частые вредные привычки) являются базисом повышения массы тела, развития метаболического синдрома и сахарного диабета II типа. В настоящее время в мире наиболее распространенными неинфекционных заболеваний человека, приводящими к инвалидизации, являются сердечно-сосудистые, онкологические заболевания, а на третьем месте стоит сахарный диабет. Сахарный диабет II типа (инсулиннезависимый или взрослый) – это хроническое, прогрессирующее заболевание с гипергликемией и сочетанием большого количества сопутствующих состояний, среди которых не последнее место занимают депрессивные расстройства.

Депрессия при данной патологии, как и при многих других, ведет к недоверию врачебной тактикой лечения. Пациенты не верят в успех медикаментозной терапии и начинают искать альтернативные нетрадиционные методы терапии, прибегают к «народным» средствам. Все это отрицательно сказывается на прогнозе заболевания. Если рассматривать депрессивные расстройства среди населения в целом, то на сегодняшний день около 18% имеют данное расстройство. У больных, имеющих хронические неинфекционные заболевания, этот показатель достигает 32-43%. А если проводить целенаправленный скрининг, то депрессия выявляется у 45-95% (в среднем – 69%) больных, которые обращаются за медицинской помощью в первичное звено здравоохранения по поводу соматических симптомов.

Цель исследования. Определение выраженности депрессивных расстройств у больных сахарным диабетом II типа.

Материалы и методы. В исследование были включены 87 пациентов в возрасте 40-65 лет, имеющие диагноз сахарного диабета II типа. Изучалась наследственная отягощенность всех больных по ожирению и сахарному диабету. Всем пациентам проводилось измерение массы тела, рост, УЗИ органов брюшной полости, биохимическое исследование (глюкоза, HbA1C, АЛТ, АСТ, билирубин общий и фракции, ЩФ, общий белок, липидный профиль). Для изучения и выявления депрессивных тенденций был использован тест Бека. Продолжительность заболевания составила: до 2 месяцев, от 2 до 6 месяцев, от 6 месяцев до 1 года, от 1 года до 3 лет и более 3 лет. Полученные данные обрабатывали статически с помощью пакета программ статистического анализа Statistica for Windows 7.0, использовали параметрический критерий Стьюдента для оценки средних значений изучаемых клинико-лабораторных показателей в группах наблюдения.

Результаты и их обсуждение. В исследовании приняли участие 87 пациентов. Средний возраст пациентов 51,5±2,5 лет. Мужчины составили 42%, женщины 58%. Результаты наблюдения показали, что в первые два месяца заболевания, у большинства (77 человек (87,7%)) отсутствует депрессия, или выражена в легкой степени у небольшой части (7 пациентов (6,8%)). При длитель-

ности заболевания от 2 до 6 месяцев число лиц с легкой депрессией практически не изменилось (6 (7,1%)), но появились лица, имеющие депрессию средней тяжести – 10 (11,4%), их количество превышает количество лиц с легкой депрессией. Количество лиц, не имеющих депрессию, несколько уменьшилось (71 (81,5%)). При длительности течения АД от 6 месяцев до 1 года, число лиц, не имеющих депрессию, еще более уменьшилось – 67 пациентов (76,8%). Но в 2 раза возросло количество пациентов, имеющих депрессию легкой степени (13 (15,6%)). Лица, имеющие депрессию средней тяжести, отсутствуют в этот период заболевания. Однако характерным является то, что впервые появились больные сахарным диабетом с тяжелой депрессией – 7 человек (7,6%). Чем дольше пациенты знали о своем диагнозе, тем количество пациентов, не имеющих депрессию, так же становилось меньше – 63 (72,8%), а число с легкой и тяжелой формой не изменилось (в пределах погрешности). И опять появляются лица со среднетяжелой формой депрессии – 4 (4,8%). При длительности более 3 лет картина сопутствующей депрессии меняется: уменьшается легкая степень – 12 (14,9%), остальные показатели достоверно не изменились в сравнении с показателями длительности заболевания от 1 года до 3 лет. Как видно из этих данных, наиболее существенные изменения отношения к заболеванию происходят в период от 6 месяцев до 1 года. Степень выраженности депрессивных расстройств связана с длительностью течения заболевания, но это зависимость не носит линейный характер. Чем сильнее выражены депрессивные расстройства, тем меньше лечебная дисциплина пациента, ухудшается контакт с медицинским персоналом и как следствие увеличивается количество осложнений.

Выводы. Анализ результатов проведенного исследования позволил выявить депрессивные расстройства у пациентов с сахарным диабетом II типа. Поэтому для повышения эффективности терапии, повышения уровня ответственности при выполнении назначений врачей, необходимо проводить коррекцию выявленных изменений. Для этого целесообразно включать консультацию психиатра или медицинского психолога для пациентов с сахарным диабетом II типа, начиная с длительности заболевания два месяца.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ТРАНСФОРМАЦИИ ГИПЕРУРИКЕМИИ В ПОДАГРУ

Панина Е.В., Елисеев М.С., Желябина О.В.

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

Цель. Выявление ассоциации генетических полиморфизмов с риском появления кристаллов моно-

урата натрия (МУН), обладающих провоспалительным потенциалом.

Материалы и методы. В одноцентровое исследование методом «случай-контроль» включались пациенты в возрасте ≥ 18 лет с различными стадиями гиперурикемии (уровень мочевой кислоты (МК) >360 мкмоль/л). Обследование включало сбор анамнеза, в том числе о приеме уратснижающих препаратов, осмотр, сбор антропометрических данных (рост, вес, ИМТ), определение уровня урикемии, проведение УЗИ (аппарат GE Voluson E10, Австрия) суставов стоп с целью выявления депозитов кристаллов МУН. Наличие кристаллов МУН считалось достоверным при обнаружении признака «двойного контура», симптома «метели» и наличие периастикулярных/внутрикостных отложений кристаллов МУН по данным УЗИ. Диагноз подагры устанавливался на основании критериев ACR/EULAR 2015 года; пациентам, не соответствующим данным критериям был установлен диагноз асимптоматической гиперурикемии (АГУ). Также всем пациентам проводился забор образцов крови для проведения генотипирования полиморфизмов генов SLC2A9 (rs1014290), NLRP3 (rs10754558), TLR4 (rs2149356), IL-1 β (rs1143623), ABCG2 (rs2231142). Статистический анализ полученных данных проведен с использованием пакета прикладных программ Statistica 12.0, Биостатистика (StatSoft Inc., США).

Результаты. Включено 166 пациентов со средним возрастом $48,5 \pm 12,3$ лет: 83 (50%) пациента с АГУ и 83 (50%) пациентов с подагрой. Группы сопоставимы по возрасту и полу. ИМТ в обеих группах соответствовал ожирению ($30,0 \pm 5,0$ кг/м² в группе подагры vs $30,4 \pm 7,2$ кг/м²). Средний уровень МК составил $469,5 \pm 85,7$ мкмоль/л, при этом в группе пациентов с подагрой он был ожидаемо выше ($497,1 \pm 95,5$ мкмоль/л в группе подагры vs. $440,9 \pm 62,9$ мкмоль/л в группе АГУ, $p=0,04$). Кристаллы МУН в плюснефаланговых суставах были обнаружены у 17 (20,4%) пациентов с АГУ и 57 (68,6%) пациентов с подагрой ($p=0,01$), несмотря на прием уратснижающих препаратов в 64,7% случаев среди последних. По результатам генотипирования выявлено приближающееся к статистически значимым различия в распределении генотипов генов NLRP3 и ABCG2 между группой пациентов с подагрой и АГУ ($p=0,049$ и $p=0,059$ соответственно). При анализе генотип-фенотип выявлена статистически значимая ассоциация полиморфизма гена NLRP3 с риском появления кристаллов в плюснефаланговых суставах при подагре (OR=5,33 [1,22-24,85], $p=0,01$), тогда как при АГУ такая ассоциация выявлена не была.

Выводы. Полиморфизм гена NLRP3 является одним из факторов, обуславливающих депонирование кристаллов МУН при подагре, но не при АГУ. Таким образом, можно считать предиктором трансформации АГУ в подагру. Тем не менее, необходимы более крупные исследования взаимосвязи генотип-фенотип.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Панина О.А., Крючкова А.В., Гриднева Л.Г.,
Семьнина Н.М., Пятницкая С.И.
Воронежский государственный медицинский
университет им. Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются одной из наиболее частых причин госпитализации пациентов и потери трудоспособности населения. Концепция «факторов риска» (ФР) во многом помогает понять увеличение заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями. Эта концепция предполагает управления уровнем заболеваемости путем воздействия на причинно-значимые факторы риска. На этом строится система для разработки, планирования и осуществления мероприятий по профилактике.

Цель исследования. Изучение распространенности основных модифицируемых и немодифицируемых факторов риска ССЗ у учащихся 2 курса института сестринского образования ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Материал и методы. Мы применяли разработанную нами анкету, содержащую модифицируемые и немодифицируемые факторы риска ССЗ и Госпитальную шкалу тревоги и депрессии. Всего в опросе приняло участие 54 человека.

Полученные результаты. Из 54 обследованных студентов 2 курса (средний возраст – $18,3 \pm 1,4$ лет) выявлено 46 чел. (85%) с различными факторами риска ССЗ (10 юношей и 36 девушек). Среди студентов с выявленными факторами риска, курят 12 человек (27%), 5 человек (10%) отказались от этой вредной привычки на первом курсе. Среднее количество выкуриваемых ежедневно сигарет составляет $3,2 \pm 0,9$. Срок курения у 41 человека (89%) составляет около 2 лет. 3 человека (0,1%) имеют стаж курения около 4 лет. Родители курят у этих студентов в 84% (10 человек). У 9 студентов (71%) в их семьях курят только отцы, у 3 (29%) – оба родителя.

Употребление алкоголя отметили 34 студента (73%). Самое раннее начало употребления алкоголя было в 13 лет. Наиболее часто из спиртных напитков употребляется пиво и вино. Редкое, эпизодическое употребление алкоголя (4-6 раза в год) отметили 7 человек (21%), причем это было вино.

Количество студентов с индексом массы тела ≥ 25 было 28 (13%), но неблагоприятную наследственность по избыточной массе тела и ожирению имеют 35 человек (73%). Среди учащихся следят за уровнем артериального давления только 12 человек (27%). Среди тех, кто измерял давление, 3 человека (33%) отметили периодическое повышение давления до 140/90 мм.рт.ст., это были все лица женского пола. Близкие род-

ственники страдают гипертонической болезнью (ГБ) у 41 из опрошенных (90%).

Наибольшее количество факторов риска выявлено при анализе характера питания студентов. 41 человек (88%) опрошенных считают свое питание неполноценным и нерегулярным. В питании студенты используют калорийные продукты с низкой пищевой ценностью, в рационе избыточное количество животного белка, высокое соотношение Омега-6 к Омега-3, мало овощей, зелени, фруктов. Продукты готовятся в основном на растительных жирах.

Результаты оценки Госпитальной шкалы уровня тревоги и/или депрессии. Из 46 студентов 2 курса с выявленными факторами риска субклинически выраженная тревога отмечена у 40 человек (86%), субклинически выраженная депрессия – у 6 человек (14%).

Выводы. Изучение модифицируемых и немодифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди студентов 2 курса института сестринского образования ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России выявило высокое их распространение. Наиболее часто встречается табакокурение, употребление алкоголя, нарушение пищевого поведения. Многие имеют неблагоприятную наследственность (в основном, по избыточной массе тела и ожирению). Анализируя факторы риска у студентов, можно предположить, что лица с факторами риска в молодом возрасте с большой долей вероятности имеют риск сердечно-сосудистых заболеваний и осложнений в более зрелом возрасте. Это говорит о необходимости усиления пропаганды здорового образа жизни среди студентов и необходимости привлечения их к просветительской работе по здоровому образу жизни.

АССОЦИАЦИЯ СЫВОРОТОЧНОГО УРОВНЯ ФРФ-21 С КОМПОЗИТНЫМ СОСТАВОМ ТЕЛА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Папичев Е.В.¹, Рожкова Е.С.², Сивордова Л.Е.¹,
Ахвердян Ю.Р.¹, Полякова Ю.В.¹, Заводовский Б.В.¹

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

²Волгоградский государственный
медицинский университет,
г. Волгоград

Цель исследования. Изучить взаимосвязь сывороточного уровня фактора роста фибробластов-21 (ФРФ-21) с массой жировой, тощей и костной тканей у пациенток больных РА.

Материалы и методы. В исследование включено 88 женщин больных РА, верифицированном на основании классификационных критериев ACR/EULAR 2010. Всем пациенткам проведено стандарт-

ное клинико-лабораторное обследование. Сывороточный уровень ФРФ-21 определялся методом иммуноферментного анализа с использованием коммерческой тест-системы (кат. № RD191108200R, BioVendor Human FGF-21 ELISA, Чешская Республика). Композитный состав тела определялся на аппарате Lunar DPX (GE, США), по программе Total Body. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программных пакетов «STATISTICA 10.0 для Windows». Показатели, подверженные нормальному распределению представлены в формате $M \pm SD$ (95%CI), ненормальному – $Me [Q1-Q3]$.

Результаты и обсуждение. Средний возраст включенных в исследование пациенток составил $54,2 \pm 12,0$ (51,7-56,7) лет, с медианным ИМТ равным $28,5 [24,1-32,3]$ кг/м². Медиана длительности РА составила $10,0 [4,5-17,0]$ лет, средняя активность заболевания была умеренной и по индексу DAS28СРБ – $3,52 \pm 1,14$ (3,28-3,76). Медиана FGF-21 составила $786,0 [303,0-1394,0]$ пг/мл, что выше референсных значений, предложенных фирмой производителем ($322,3 \pm 237,3$ пг/мл). Сывороточный уровень FGF-21 коррелировал положительно с абсолютной массой тощей и жировой тканей, рассчитанных в граммах ($r=0,29$; $r=0,008$ и $r=0,51$; $p<0,0001$, соответственно) и с относительной массой жировой ткани ($r=0,497$; $p<0,0001$). Выявлена отрицательная $r<0,0001$). Выявлена отрицательная корреляция с относительной массой тощей и костной тканей ($r=-0,47$; $p<0,0001$ соответственно) и с относительной массой жировой ткани ($r=0,497$; $p<0,0001$). Выявлена отрицательная корреляция с относительной массой тощей и костной тканей ($r=-0,47$; $p<0,0001$ и $r=-0,53$; $p<0,0001$, соответственно). При этом, корреляции с абсолютным значением костной ткани не наблюдалось ($r=-0,09$; $r=0,438$). $r=-0,53$; $p<0,0001$, соответственно). При этом, корреляции с абсолютным значением костной ткани не наблюдалось ($r=-0,09$; $r=0,438$).

ФРФ – семейство полипептидов, участвующих в процессах роста и развития организма с эмбрионального периода. ФРФ-21 – один из представителей данного семейства, секретируется в печени, тимусе, жировой ткани и β -клетках поджелудочной железы. В большом числе работ продемонстрирована его взаимосвязь с углеводным и жировым обменом. В эксперименте на мышцах, его введение привело к снижению концентрации глюкозы, инсулина, глюкагона и триглицеридов крови. При введении ФРФ-21 в течение 2 недель, наблюдалось снижение веса мышцей до 20%. За счет специфического связывания с 1 типом рецепторов ФРФ, ФРФ-21 индуцирует поглощение глюкозы адипоцитами и повышает чувствительность тканей к инсулину. Более того, он препятствует апоптозу β -клеток, чем замедляет прогрессирование диабета в экспериментальных моделях у мышей. Согласно результатам нашей работы, у пациенток с РА уровень ФРФ-21 положительно коррелировал с абсолютной массой тощей и жировой тканей. Известно, что регуляция углеводного и жирового обмена у пациентов с РА нарушен по ряду

причин, среди которых – выраженный системный воспалительный процесс, прием стероидных гормонов, эмоциональные расстройства со склонностью к депрессии, гиподинамия. В связи с чем, положительная корреляция ФРФ-21 с массой жировой ткани может быть физиологической реакцией организма, направленной на нормализацию обмена веществ. При этом, корреляция ФРФ-21 с абсолютной массой тощей ткани является, скорее, косвенной, так как большее количество жировой массы требует наличия большей массы мышечной массы, необходимой для сохранения уровня физической активности. Вышесказанное подтверждается другими результатами нашей работы. Так, наблюдаемая обратная корреляция между уровнем ФРФ-21 и относительной массой тощей и костной тканей является следствием глубоких обменных нарушений, наблюдаемых у пациентов с РА. Для них характерно перераспределение композитного состава тела в сторону жировой ткани вследствие системного воспаления, терапии глюкокортикоидами и др., что, видимо, и сопровождается компенсаторной реакцией организма в виде повышения секреции ФРФ-21. Вероятно, роль ФРФ-21 в углеводном и жировом обмене у пациенток с РА значительно снижена при сравнении с пациентами без воспалительных заболеваний. Таким образом, повышение уровня ФРФ-21 у пациенток с РА может свидетельствовать о прогрессировании нарушения обмена жировой ткани в виде увеличения ее абсолютных и относительных значений, что может привести к развитию кахексии. Последнее же ассоциируется с повышением частоты общей смертности пациентов и наиболее значимо – сердечно-сосудистыми катастрофами.

Выводы. У пациенток с РА ФРФ-21 положительно коррелирует с абсолютной массой тощей и жировой тканей и относительной массой жировой ткани. При этом наблюдается обратная корреляция с относительной массой тощей и костной тканей.

ИНФЕКЦИЯ HELICOBACTER PYLORI И ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ: ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ?

Парцерняк А.С.¹, Павлович И.М.¹, Булгар К.И.²

¹Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,

²Клиника МЕДСИ,

Санкт-Петербург

Актуальность. В современном мире фибрилляция предсердий достигла масштабов эпидемии. Данная аритмия часто приводит к развитию тромбоэмболических осложнений икратно увеличивает риск внезапной сердечной смерти. Для инициации патофизиологических процессов необходим воспалительный субстрат. Предполагается, что воспалительный процесс может запускаться инфекцией *Helicobacter pylori*.

Результаты исследования. Проведен обзор литературы по отечественным и зарубежным журналам, электронным базам за последние двадцать лет. Впервые связь хеликобактерной инфекции и фибрилляции предсердий была продемонстрирована в 2005 году. Результаты последующих исследований подтвердили серопозитивность большинства пациентов с аритмией, а также выявили ассоциацию с вирулентными штаммами *Helicobacter pylori*. Повышение С-реактивного белка свидетельствует о наличии хронического воспаления в основе фибрилляции предсердий. В 2015 году работа китайских исследователей Wang DZ. et al. продемонстрировала более высокую степень обсемененности при постоянной форме аритмии, чем при пароксизмальной форме. В 2019 году Tetta C. et al. (Нидерланды) опубликовали результаты метаанализа шести ретроспективных исследований, которые исключили сильную патогенетическую связь между хеликобактерной инфекцией и фибрилляцией предсердий. Американские исследователи Rivington J. et al. провели ретроспективный обзор большой электронной базы пациентов с фибрилляцией предсердий в период с 1999 по 2019 годы: 1812620 случаев. Вероятность возникновения данного нарушения сердечного ритма при наличии *Helicobacter pylori* оказалась минимальной.

Выводы. Научные школы различных стран провели исследования, направленные на изучение ассоциации *Helicobacter pylori* и фибрилляции предсердий. Их результаты имеют противоречивый характер. В этой связи необходимо дальнейшее изучение связи аритмии и хеликобактерной инфекции.

ВЛИЯНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО РЕЗЕРВА (АСТЕНИИ) НА ОСЛОЖНЕНИЯ В СРЕДНЕ-ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ПОЖИЛЫХ

Пелех Д.М.¹, Никитина Т.Г.¹, Гулян К.С.¹, Филиппкина Т.Ю.², Голухова Е.З.¹

¹Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева,

²Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента, Москва

Цель. Оценить динамику физиологического резерва до коррекции клапанного порока сердца (КПС) и в средне-отдаленные сроки после операции (через 6 мес. – 3 года) у пожилых (60 лет и старше), а также оценить влияние низкого физиологического резерва на результаты операции.

Материал и метод. С I 2019 по XII. 2021 гг. хирургическая коррекция КПС в сочетании или без ИБС была проведена 240 пожилым (средний возраст – 69,2±1,3 лет). Большинство больных (74,2%) до коррекции порока находились в III функциональном классе (ФК) по NYHA. 25,8% больных – в IV ФК. Средний EuroSCORE II – 15,7±3,3%. По данным Эдмонтонской шкалы изношенности (астении, саркопении) (EFI) 28,3% пожилых до коррекции порока были «сохранными», а большинство (71,7%) имели низкий физиологический резерв, то есть были от «уязвимых» до «изношенных» (5,8% – «изношенные»). Средний балл по EFI до операции – 7,5±1,9 (т.е. в среднем пациенты были «уязвимыми»).

Коррекция порока одного клапана была выполнена 29,6% пациентам, двух клапанов – 34,6% больным. Сочетанные операции (коррекция КПС+АКШ) были проведены 22,5% пациентам. Этапное лечение (ЧКВ коронарных артерий – 1 этап, коррекция КПС через 3 мес. после ЧКВ) было выполнено 13,3% пожилым. Биологические протезы клапанов сердца были имплантированы 15,4% пожилым. Среднее время искусственного кровообращения – 146±2,3 мин., время пережатия аорты – 52±6,5 мин.

Результаты. В средне-отдаленные сроки после коррекции порока оценка результатов была проведена у 219 больных (средний возраст – средний возраст – 73±2,4 лет), средний срок наблюдения у пожилых составил 21,6±7,5 мес. С учетом госпитальной (7,9% – 19) и средне-отдаленной летальности (14,8% – 18) анкетирование по EFI было проведено у 207 (94,5%) пожилых. Во II ФК по NYHA находятся 59,4% пациентов, в III ФК – 40,6% больных.

Осложнения в средне-отдаленные сроки после коррекции порока были отмечены у 51,2% (106) пожилых: пароксизмальная/постоянная форма фибрилляции предсердий/трепетания предсердий (ФП/ТП) – у 16,9% (35) больных, у 8,7% (18) – дисфункция синусового узла и атриовентрикулярная блокада II-III ст., у 3,4% (7) – желудочковая экстрасистолия, возврат клиники стенокардии после сочетанных и этапных операций, – у 9,7% пациентов, эпизоды ТИА и ОНМК – у 6,3% пожилых, малые кровотечения – у одного пациента (5,3%), парапротезная фистула механического протеза была диагностирована также у двух больных (0,9%). Кроме того, у 37,4% (77) пожилых как с имплантированными механическими протезами, так и с биологическими были отмечены нецелевые значения МНО (менее 2,5) на фоне постоянного приема варфарина.

Летальность в средне-отдаленные сроки у пожилых составила 5,4% (12): осложнения COVID-19 – у пяти пожилых, Сг – у трех пожилых, сердечная недостаточность – у двух пожилых, ОНМК – двое пожилых, поздний протезный эндокардит – один больной. Выживаемость в зависимости от уровня физиологического резерва до операции (EFI – «уязвимые» – «сохранные» vs «болезненные» – «изношенные») через 6 мес. после коррекции порока у пожилых составила 99,3±0,2% vs

95,2±3,1%; через 24 мес. – 97,1±1,6% vs 92,8±2,5%; через три года после операции – 92,3±3,5% vs 88,4±5,5%, соответственно (Log Rank=1,323; p=0,038).

В средне-отдаленные сроки после коррекции порока по EFG 47,3% пожилых стали «сохранными», 23,4% – «уязвимыми», «болезненными» были 17,8% пожилых, «умеренно изношенными» было 11,5% пожилых, а «изношенных» пациентов не было (p<0,05 по сравнению с дооперационными данными). Таким образом, было отмечено увеличение среднего балла по шкале EFG, который составил 3,2±2,9, то есть в среднем пациенты стали «сохранными».

По данным однофакторного анализа, низкий физиологический резерв был одним из предикторов развития ФП/ТП (p=0,039). При сочетании низкого физиологического резервом и нахождение больных в IV функциональном классе сердечной недостаточности по NYHA до операции, риск развития ФП/ТП у пожилых возрастал в 2,7 раза в средне-отдаленные сроки после операции. Одним из факторов, оказавшим влияние на возврат клинику стенокардии как после сочетанных (p=0,038), так и этапных операций (p=0,042) был также низкий физиологический резерв с показателем по EFG – «болезненный» – «умеренно изношенный». Кроме того, низкий физиологический резерв оказал влияние и на развитие ТИА/ОНМК (p=0,02) у пожилых в средне-отдаленные сроки после коррекции порока.

По данным корреляционного анализа было показано, что по мере снижения уровня физиологического резерва увеличивается и частота развития всех осложнений средне-отдаленного периода у всех больных.

Кроме проведения сочетанной операции и длительного анамнеза ФП/ТП, одним из предикторов, оказавшим влияние на динамику функционального класса сердечной недостаточности по NYHA в средне-отдаленные сроки после коррекции порока у пожилых был также низкий физиологический резерв.

Кроме наличия длительного анамнеза ФП/ТП, одним из значимых предикторов летальности от ОНМК у пожилых был также дооперационный низкий физиологический резерв с показателем по шкале EFG – «умеренно изношенный» – «изношенный» (p=0,037).

Заключение. Таким образом, в средне-отдаленные сроки после коррекции КПС большинство пожилых перешли во II ФК по NYHA и результат операции был оценен как хороший. По данным шкалы EFG было отмечено достоверное увеличение количества «сохранных» пожилых со снижением среднего балла по данной шкале с «уязвимого» (7,5±1,9) до «сохранного» (3,2±2,9). Следует отметить, что «изношенных» пожилых в средне-отдаленные сроки после коррекции порока не было, а выживаемость у пациентов с низким дооперационным физиологическим резервом была достоверно ниже, чем у «сохранных» больных.

Осложнения в средне-отдаленные сроки после операции были диагностированы у половины (51%) пожилых, а низкий физиологический резерв был одним из немаловажных предикторов развития ФП/ТП,

возврата клинику стенокардии (после сочетанных и этапных операций) и ТИА/ОНМК в средне-отдаленные сроки после коррекции порока. Кроме того, низкий физиологический резерв оказал влияние на динамику функционального класса сердечной недостаточности по NYHA и был предиктором летальности от ОНМК.

С учетом того, что у 37,4% пожилых были отмечены нецелевые значения МНО, необходимо проводить разъяснение пациентам и врачам по месту жительства о необходимости строгого контроля за этим показателем, так как несоблюдение контроля над уровнем МНО способствует развитию грозных осложнений.

ДИАГНОСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ, УЗЕЛКОВЫМ ПЕРИАРТЕРИТОМ И СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ ПО ДАННЫМ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Первак М.Б.¹, Агаманова Л.В.², Карпенко О.А.²,
Ганнова Е.В.², Красная Л.А.²

¹Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького,

²Республиканская клиническая больница им. М.И. Калинина, г. Донецк

Цель исследования. Одним из основных синдромов при системных заболеваниях соединительной ткани является легочно-плевральный. Своевременная диагностика изменений в легких позволяет назначить адекватное лечение и тем самым улучшить течение заболевания и продлить жизнь пациентов. В диагностике патологии легких, в том числе и у данного контингента больных, ведущую роль играют рентгенологические методы. Цель работы – изучить семиотику и частоту различных изменений в легких при системных заболеваниях соединительной ткани по данным лучевых методов исследования.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты лучевого исследования 291 больного (в том числе 53 – с многолетней динамикой): 170 – системной красной волчанкой, 65 – узелковым периартериитом и 56 – системной склеродермией. Обследование включало рентгенографию и компьютерную томографию органов грудной полости.

Результаты и обсуждение. Отек легких выявлялся с примерно одинаковой частотой при системной красной волчанке (8,3%) и узелковом периартериите (9,2%) у больных с хронической почечной недостаточностью, т.е. он был нефрогенного характера. У пациен-

тов с узелковым периартериитом чаще отмечались усиление и деформация легочного рисунка (32,3%), реже – эмфизема (13,8%) и полостные образования (6,2%). При системной красной волчанке чаще наблюдались плевральные изменения (55,9%), а высокое стояние диафрагмы (9,4%) и дисковидные ателектазы (3,5%) выявлялись только при этой патологии. При системной склеродермии в рентгенологической картине преобладали усиление и деформация легочного рисунка (23,2%) и плевральные изменения (30,4%).

Прослежена многолетняя динамика изменений легких у 53 больных системными заболеваниями соединительной ткани: у 31 больного системной красной волчанкой, 9 – узелковым периартериитом и 13 – системной склеродермией.

Анализ данных лучевого исследования в динамике показал, что в период обострения заболевания для системной красной волчанки наиболее типичными были плевральные изменения: у 9 больных каждое обострение сопровождалось новыми плевральными изменениями, а у 8 – первое обострение было без поражения плевры, а каждое последующее начиналось с него. У большинства больных выпот за 2 недели исчезал, оставляя шварты. Усиленный легочный рисунок при благоприятном исходе за 2 недели принимал нормальный вид. В то же время, если обострение затягивалось или преобладали явления «пневмонита» с переходом в пневмосклероз, то картина оставалась стабильной. Отмечалась быстрая динамика очаговых и фокусных теней – как правило, через 1-2 недели они уже не определялись. Дисковидные ателектазы прослеживались до 1-2 и более месяцев. Отек легких в течение месяца при адекватном лечении переходил в I-II степень легочной венозной гипертензии. Первое обострение сопровождалось появлением фокусных теней, последующие – или усилением легочного рисунка, или очаговыми тенями, т.е. изменения в легких при каждом обострении рентгенологически могли быть различными.

При системной склеродермии динамика изменений была подобна таковой при системной красной волчанке. Усиленный легочный рисунок становился обычным за 2 недели. Очаговые и фокусные тени в большинстве случаев исчезали за 1-2 недели, редко оставались более месяца. Плевральные выпоты также характеризовались быстрым обратным развитием (в течение 2 недель).

Наиболее типичным при системной склеродермии было изменение рисунка за счет пневмосклероза.

Для узелкового периартериита в динамике типичным был тот же характер изменений, что и при склеродермии. Отличием являлась пестрота изменений теневых картин у одного и того же больного. Обострение в большинстве случаев сопровождалось усилением легочного рисунка с последующим возвратом к «норме». В динамике у двух больных появились признаки эмфиземы легких, причем у одного из них они сопровождалась наличием узелковоподобных теней. У одной больной в правом легком появилась

тень, которая при последующих обострениях увеличивалась в размере, становилась неоднородной за счет полости и затем исчезала.

Выводы. Отсутствуют четкие рентгенологические признаки, патогномоничные для изменений в легких при системных заболеваниях соединительной ткани. Однако описанная рентгенологическая семиотика и ее морфологический субстрат в комплексе с данными клинического обследования помогают не только диагностировать эти заболевания, но и определять выраженность морфологических изменений в легких при установленном диагнозе, оценивать динамику процесса и эффективность лечения.

ЛАБОРАТОРНЫЕ И ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С РАННИМИ СТАДИЯМИ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Первуническая М.А.

Центр семейной медицины «Здравица»,
г. Новосибирск

Актуальность. Принимая во внимание результаты исследований, оценивающих функциональные и структурные изменения в организме при НТГ и на начальных стадиях СД2 до его клинической манифестации, становится понятным, что повреждение нервного волокна имеет место быть уже на этапе предиабетических нарушений углеводного обмена. В исследовании рассмотрено изменение лабораторных показателей, включенный в стандартный протокол лабораторной диагностики при СД2, изменение уровней ФНО- α и ИЛ-6, а также отклонение от нормальных значений ЭНМГ в трех группах пациентов мужского и женского пола в возрасте от 28 до 89 лет, имеющих метаболический синдром, различные нарушения углеводного обмена и болевую форму ПДН. Для проанализированных результатов показано, что уже на стадии НТГ даже при отсутствии выраженной клинической картины ПДН существуют изменения лабораторных показателей, включая и маркеры воспаления, а также отклонения в показателях ЭНМГ, что свидетельствует о необходимости ранней диагностики нарушений углеводного обмена и формирования групп риска развития ПДН.

Термин «предиабет» используется для обозначения лиц с нарушением метаболизма глюкозы, не отвечающих диагностическим критериям СД2 [1]. Диагностические категории НТГ (глюкоза за 2 ч при проведении глюкоз-толерантного теста 75 г 7,8-11,0 ммоль/л); или гемоглобина A1c (HbA1c) в диапазоне 39-47 ммоль/моль (5,7-6,4%) [American Diabetes Association 20]) были установлены с целью выявления групп населения

с риском развития СД2 и ранней профилактикой его осложнений [2]. Однако, принимая во внимание результаты исследований, оценивающих функциональные и структурные изменения в организме на начальных стадиях СД2 до его клинической манифестации, становится понятным, что повреждение нервного волокна имеет место быть уже на этапе предиабетических нарушений УО. Однако, вопрос о механизмах, за счет которого повреждаются нейроны, до сих пор остается дискуссионным, что обуславливает необходимость детального изучения патофизиологии повреждения нервной ткани [3]. Доказано, что особенности клинического течения ПДН при НТГ и ПДН при СД2 во многом схожи, что свидетельствует о сходном патогенезе развития и триггерных факторах развития ПДН, главным из которых, несомненно, является хроническая гипергликемия [4]. Показано, что для НТГ характерны изменения гуморального и фагоцитарного звеньев иммунитета, что говорит о состоянии напряженности иммунитета уже на этапе предиабета [5], а также замечено, что хроническое воспаление играет важную роль в развитии и прогрессировании ПДН. Гипоксия или ишемия, связанные с повреждением эндотелия и/или микрососудистыми дисфункциями, приводят к повышению уровней некоторых цитокинов, включая ФНО- α и ИЛ-6 [6].

При ПДН развивается ишемия в результате микроангиопатии, окислительного стресса, полиольного потока, эндотелиальной дисфункции и неферментного гликелирования. Перечисленные факторы приводят к непосредственному поражению нервных волокон. В то же время механизмы защиты нейронов от повреждающих факторов не могут осуществлять свою функцию в полном объеме вследствие ослабленных репаративных процессов, в том числе и из-за токсического воздействия гипергликемии. Отмечено, что ранние стадии развития НТГ и СД2 могут сопровождаться клиническими и электромиографическими признаками поражения ПНС. [7].

Материалы и методы. В исследовании рассмотрено пациенты, мужского и женского пола (возраст 28-89 лет), имеющие МС, различные нарушения УО, а также болевую форму ПДН. Испытуемые были разделены на три группы: группа с НТГ – 25 человек, СД2 (впервые выявленный) – 27 человек, СД2 (5 и более лет) – 23 человека. Лабораторная диагностика выполнялась по стандартному протоколу обследования пациентов с СД2 и НТГ, ассоциированных с механизмами повреждения. Было проведено биохимическое исследование глюкозы плазмы крови натощак и HbA1c. Определены уровни холестерина, триглицеридов, липопротеидов высокой и низкой плотности (ЛПВП и ЛПНП соответственно), скорость клубочковой фильтрации (СКФ), креатинин, мочевины, мочевого кислоты, белок общий, билирубин, аспартатаминотрансфераза (АСТ) и аланинаминотрансфераза (АЛТ), цитокина ФНО- α и ИЛ-6 (тест-системы ЗАО «Вектор-Бест» г. Новосибирск). Для всех пациентов был оценен риск развития ассоциированных сердечно-сосудистых забо-

леваний. Всем пациентам была выполнена стимуляционная ЭНМГ с использованием аппарата «Нейрософт МВП-4» («Нейрософт», Иваново, Россия). Во время ЭНМГ-обследования оценивалась проводимость по нервам дистальных отделов нижних конечностей, включенным в базовую методику проведения ЭНМГ [8]: большеберцовому (N.n. Tibialis), малоберцовому (N.n. Peroneus communis), икроножному (N.n. Suralis), подкожному (N.n. Saphenus). Проводилась оценка моторных и сенсорных ответов. Для интерпретации данных ЭНМГ использовались референсные значения, загруженные в программное обеспечение электронной миографа «Нейрософт МВП – 4».

Результаты. Оценка результатов лабораторных исследований показала, что показатели, не соответствующий нормальным значениям, были выявлены как в группах с СД2, так и в группе с НТГ. Ожидаемо, что более значимое отклонение от нормы лабораторных показателей и более высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений выявлены в группах с СД 2, в сравнение с группой с НТГ. Достоверных различий между группами с СД 2 определено не было, что подтверждает существование зависимости от степени выраженности нарушений углеводного обмена, но при этом не указывает на зависимость от длительности существования СД 2.

Средний уровень ИЛ-6 был повышен в сравнении с нормальными значениями (7,0 пг/мл) в 1,23 раза в группе с НТГ, в 1,36 раз в группе с СД2вп, в 2,11 раз в группе с СД2дл.

В результате проведенной работы, нами установлено, что результаты измерения уровня ИЛ-6 достоверно различались между группами с НТГ, СД2вп и СД2дл ($F=24,02$, $p<0,05$). При этом, достоверного увеличения уровня ИЛ-6 у пациентов из группы с СД2 типа (9,50 \pm 2,68 пг/мл) по сравнению с пациентами группы НТГ (8,64 \pm 2,67 пг/мл) выявлено не было. У пациентов с СД2дл уровень ИЛ-6 определялся в пределах 14,79 \pm 2,38 пг/мл, что было значимо выше в сравнении с пациентами группы НТГ ($F=44,77$, $p<0,05$) и с пациентами группы СД2вп ($F=27,2$, $p<0,05$).

Результаты измерения уровня ФНО- α различались между группами с НТГ, СД2вп и СД2дл ($F=11,44$, $p<0,05$). При этом, достоверного увеличения уровня ФНО- α у пациентов из группы с СД2 (11,14 \pm 2,57 пг/мл) по сравнению с пациентами группы НТГ (10,36 \pm 2,07 пг/мл) выявлено не было. У пациентов с СД2дл лет уровень ФНО- α определялся в пределах 14,12 \pm 2,36 пг/мл, что было значимо выше в сравнении с пациентами группы НТГ ($F=23,09$, $p<0,05$) и с пациентами группы СД2вп ($F=7,21$, $p=0,014$).

Полученные результаты свидетельствуют о более агрессивном иммуноопосредованном процессе, развивающемся при более длительном течении СД2 и вносящему свой негативный вклад в функционирование периферического нервного волокна. В клинической практике определение иммунологических показателей, в частности ФНО- α и ИЛ-6, может использоваться в ка-

честве биомаркера для определения и подтверждения факта наличия БПДН, степени агрессивного влияния на периферические нервные структуры.

Оценка результатов ЭНМГ показала, что во всех исследуемых группах регистрировалась нарушение проведения нервного импульса по данным ЭНМГ, что соответствовало снижению СРВ (повреждение миелиновой оболочки) и снижению амплитуды ответа (повреждение аксона). Клинически это проявлялось чувствительными и/или двигательными неврологическими нарушениями. Выявленные отклонения показателей от нормы регистрируют прогрессирование повреждение аксонов и миелиновых оболочек как сенсорных, так и моторных нервных волокон в зависимости от длительности и степени выраженности гипергликемии. При этом, для начальных стадий нарушений УО характерно поражение преимущественно сенсорных нервных волокон, тогда как с развитием выраженности гипергликемии и длительностью существования СД2 процесс затрагивает и моторные нервные волокна.

Выводы. Таким образом, мы подтверждаем тот факт, что НТГ является фактором, приводящим к раннему повреждению ПНС. Количественное накопление факторов повреждения ПНС способствуют развитию раннего повреждения нервных волокон. Уже на стадии предиабета даже при отсутствии выраженной клинической картины ПДН нами выявлены изменения лабораторных показателей, а также отклонения в показателях ЭНМГ, что свидетельствует о необходимости ранней диагностики нарушений углеводного обмена и формирования групп риска развития ПДН.

ОЦЕНКА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Перцев А.В., Главатских Ю.О.

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

Актуальность. Длительное стойкое повышение артериального давления ведет к поражению органов-мишеней, а также развитию ассоциированных клинических состояний. Особо важной проблемой является нерегулярный или нерациональный прием антигипертензивных препаратов, что ухудшает прогноз течения заболевания, ведет к развитию многих осложнений при гипертонической болезни.

Цель. Проанализировать влияние рационального приема терапии по поводу основного заболевания пациентами с гипертонической болезнью на поражение органов-мишеней.

Материалы и методы. При проведении НИР были отобраны 112 пациентов с установленным диа-

гнозом гипертоническая болезнь (ГБ) (32 мужчины и 80 женщин; средний возраст больных составил $66,3 \pm 1,42$; включенные в исследование пациенты страдали ГБ в течение $16,3 \pm 1,39$ лет). В ходе исследования был изучен анамнез заболевания пациентов, выполнено обследование, включавшее расчет ИМТ, определение уровня артериального давления, общий клинический и биохимический анализы крови, забор суточной мочи, а также ЭХО-кардиография и УЗИ почек. Всем пациентам было предложено прохождение анкетирования (опросник Мориски-Грин).

Результаты. По результатам исследования было выявлено, что 58% пациентов не соблюдали назначения врача, в связи с чем антигипертензивная терапия была нерациональной. Согласно результатам анкетирования, пациенты получившие 3 и более баллов (группа пациентов, соблюдающих стандартную схему лечения ГБ) имели контролируемый уровень давления, приближенный к рекомендуемому, при этом в группе пациентов, принимающих терапию нерационально, показатели САД составляли свыше $189 \pm 3,68$ мм рт. ст. (АГ III степени). По данным обследований нарушения со стороны работы почек были выявлены у 69% пациентов, при этом, у больных, принимающих на постоянной основе антигипертензивную терапию, уровень СКФ был статистически значимо выше, чем у второй группы. Такая же тенденция наблюдалась и при оценке альбуминурии ($31,5$ мг/сут и $171,3$ мг/сут соответственно). Нами выявлено, что показатель индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) был статистически значимо ниже у пациентов, принимающих антигипертензивную терапию на постоянной основе, по сравнению со второй группой.

Выводы. У пациентов, принимающих антигипертензивную терапию на постоянной основе, значительно улучшается прогноз заболевания, в связи с меньшим уровнем поражения органов-мишеней у данной категории пациентов.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО РИСКА

Петрова М.О., Григорьева Н.Ю.

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

Аннотация. Эндотелиальная дисфункция (ЭД) является важными механизмами формирования и прогрессирования как сердечно-сосудистой, так и бронхолегочной патологии. В частности, это относится к

самому распространенному сердечно-сосудистому заболеванию – артериальной гипертензии (АГ), которая в 34,3% случаев сочетается с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). На основе литературных данных, собственных клинических наблюдений и исследований в тезисах изложены современные представления о роли эндотелиальной дисфункции в развитии и прогрессировании коморбидных заболеваний, в частности сердечно-легочной патологии. В качестве одного из компонентов антигипертензивной терапии у пациентов с сочетанием артериальной гипертензии и хронической обструктивной болезни легких автор предлагает использовать хлорталидон в виду его положительного влияния на функцию эндотелия.

Цель. Провести сравнительную оценку показателей эндотелиальной дисфункции у больных артериальной гипертензией в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких на фоне лечения хлорталидоном и гидрохлортиазидом в составе комбинированной терапии.

Материал и методы. В проспективное исследование включены 66 пациентов обоего пола, страдающих АГ 1-3 степени тяжести с сопутствующей ХОБЛ I-III степени тяжести, которые методом свободного конвертирования были разделены на две группы. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, тяжести основной патологии. В качестве основной антигипертензивной терапии пациентам 1 группы назначена комбинация азилсартана медоксомила 40 мг и хлорталидона 12,5 мг в виде фиксированной комбинации (Эдарби Кло, Такеда, Япония). Пациенты 2 группы получали свободную комбинацию азилсартана медоксомила 40 мг (Эдарби, Такеда, Япония) и гидрохлортиазида 12,5 мг (Валента фармацевтика ПАО, Россия). Клиническое, инструментальное и лабораторное исследование проводилось трижды: исходно, через 1 и 6 месяцев лечения.

У всех пациентов проводилась оценка эндотелиальной дисфункции путем неинвазивного ультразвукового метода (тест эндотелийзависимой вазодилатации плечевой артерии (ЭЗВД) по методике D. Celermajer), определении содержания оксида азота по методу П.П. Голикова, а также путем определения уровня эндотелина-1 (ЭТ-1) методом иммуноферментного анализа исходно, через 1 и 6 месяцев лечения. Статистическая обработка выполнена при помощи лицензионной программы STATISTICA 10.0. согласно методическому руководству О.Ю. Ребровой.

Результаты. На фоне лечения более выраженное улучшение показателей ЭД отмечается в группе 1. Статистически значимые результаты при сравнении 1 и 2 групп получены для NO₂, ЭТ-1. Что касается сравнения внутри группы 1, то через 6 месяцев лечения статистически значимое улучшение достигнуто для показателей NO₂, ЭЗВД, ЭТ-1. В группе 2 соответственно для ЭЗВД, ЭТ-1.

Стоит отметить, что через 6 месяцев лечения не удалось достигнуть нормальных значений ЭТ-1 ни в одной группе. Однако, при оценке динамики показа-

теля ЭТ-1 на фоне лечения отмечается значительное уменьшение уровня в группе 1, в группе 2 также отмечается снижение этого показателя, но менее выраженное по сравнению с группой пациентов, получавших хлорталидон в составе комбинированной терапии. Уровень различия между группами оказался статистически значимым ($p < 0,001$).

При оценке пробы с ЭЗВД исходно уменьшение диаметра и скорости кровотока в плечевой артерии наблюдалось в обеих группах. В группе 1 ЭЗВД составила 4,9 [4,5;5,5] %, в группе 2 – 5 [4,7;5,2] %. Через 6 месяцев лечения отмечается статистически значимое увеличение ЭЗВД в обеих группах, однако, при межгрупповом сравнении степень различий составила $p=0,14$.

Заключение. В результате проведенных исследований следует отметить наличие более выраженных плейотропных эффектов при лечении хлорталидоном в составе комбинированной терапии в отличие от гидрохлортиазида. Плейотропные эффекты заключались в улучшении эндотелиальной функции. Улучшение эндотелиальной функции проявлялось в виде увеличения ЭЗВД и снижении уровня вазоконстриктора ЭТ-1, а также увеличения уровня NO₂, что по-видимому связано с парадоксальным усилением опосредованного образования оксида азота карбоангидразой.

ОПЫТ НАБЛЮДЕНИЯ КОКЛЮША У ВЗРОСЛЫХ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Петрова М.С.¹, Борисова А.Б.¹, Скирда Т.А.¹,
Антипят Н.А.², Самков А.А.², Леонтьева Н.И.¹

¹Московский научно-исследовательский институт
эпидемиологии и микробиологии
им. Г.Н. Габричевского,
²Инфекционная клиническая больница,
Москва

Больные поступали в стационар с жалобами на длительный кашель. Всего под наблюдением было 52 пациента, у 30 (57,7%) был диагностирован коклюш на основании характерных клинико-эпидемиологических данных и однократного серологического обследования (метод ИФА). Лишь 5 (16,7%) пациентов поступали с подозрением на коклюш. Возраст больных колебался от 19 до 76 лет. Чаще на стационарное лечение направлялись больные в возрасте 19-30 лет (70,0%). Пациентов в возрасте 50 лет и старше было 7 (23,3%).

Согласно общепринятой классификации коклюш протекал в типичных формах. Наблюдался продромальный и спазматический периоды. Продромальный период отличался по сравнению с детьми слабыми проявлениями катарального синдрома, температура оставалась нормальной, кашель редкий непродуктивный. Длительность продромального периода колеба-

лась от 7 до 17 дней и составила в среднем 11 дней. По симптоматике спазматического периода оценивалась тяжесть коклюша: легкая форма диагностирована у 26,6%, среднетяжелая – у 66,7%. У 2-х пациентов старше 60 лет течение коклюша оценено как тяжелое (6,7%). Осложненное течение (бронхит) наблюдалось у 40% больных: с сочетанной инфекцией с ОРВИ (7 больных) и респираторным микоплазмозом (5 больных).

Терапия коклюша включала антибактериальные препараты – азитромицин и другие макролиды, эффективность которых зависела от сроков начала лечения (не позже 10 дней от начала болезни). В нашем наблюдении больные поступали в поздние сроки, показаниями для проведения антибиотикотерапии были бронхолегочные осложнения и обострения хронических болезней легких. Базисная терапия включает: оксигенотерапию, противокашлевые лекарственные средства (бутамирата цитрат), муколитические и отхаркивающие средства (бромгексин, амброксол), фенобарбитал (в составе комбинированного препарата Паглюферал-3), церебропротекторы (Пантогам). При тяжелой форме к базисной терапии добавляли глюкокортикоидные гормоны. В нашем наблюдении Дексазон внутримышечно.

АСЕПТИЧЕСКИЙ НЕКРОЗ – ВЗГЛЯД ТЕРАПЕВТА

Петухова А.А., Филоненко Е.П., Гайдукова И.З.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Актуальность. За последние годы врачи травматологи-ортопеды, ревматологи, терапевты сталкиваются с проблемой множественных асептических некрозов (АН) костей, ведущих к быстрому снижению качества жизни, инвалидности, в частности у лиц молодого возраста. В лечении АН используются комплексные методы консервативной терапии: нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС), остеотропная, антирезорбтивная, анаболическая, сосудистая, гипополидемическая, дезагрегантная и хондропротективная терапия (SYSADOA). Проблема эффективности лечения АН изучена недостаточно и представляет клинический и научный интерес.

Цель. Оценить эффективность проводимой терапии АН у пациентов с верифицированным диагнозом «Асептический некроз» в ходе проспективного исследования в течение одного года наблюдения.

Материалы и методы. Проанализирована медицинская документация 1634 пациентов ревматологических, терапевтических и травматологических отделений на базе СЗГМУ им. И.И. Мечникова, СПб ГБУЗ «КРБ №25», ГБУ РО «ГКБСМП» и клиники им. Петра Великого из числа которых сформирована когорта из

90 пациентов ≥ 18 лет с верифицированным диагнозом «Асептический некроз». Для анализа данных использовалось программное обеспечение MS Office (Excel), SPSS2017.

Результаты. НПВП назначали пациентам с АН в 58,80% случаев на 1-м визите (n=90), к 4-му визиту (n=32) – 65,87%. SYSADOA на 1-м визите назначали в 21,11% случаев, к 4-му визиту SYSADOA получали 25,37%. Витамин Д3 на 1-м визите назначались в 20,00%, к 4-му визиту – 20,24%. Бисфосфонаты на 1-м визите назначены в 10,0% случаев, к 4-му визиту – 10,25%. Гиполипидемическая терапия на 1-м визите назначены в 10,0% случаев, к 4-му визиту – 11,25%. Остеотропная терапия (препарат, содержащий кальция карбонат/ остеогенон и колекальциферол/ альфакальцидол) на 1-м визите была назначена в 20,55% случаев, к 4-му визиту – 12,50%. Дезагрегантная терапия назначена на 1-м визите в 3,33% случаев, на 4-м визите – в 6,25% случаев. Физиотерапевтические методы лечения на 1-м визите – 6,66%, на 4-м визите 6,25% случаев.

В течение года наблюдения оценивали эффективность лечения: за улучшение принимали уменьшение боли на ≥ 2 балла по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), улучшение качества жизни по мнению пациента и врача, расширение двигательной активности, отсутствие ограничения движений в конечности, отсутствие необходимости в оперативном вмешательстве по мнению пациента и врача; за ухудшение – усиление боли по ВАШ ≥ 2 балла, ухудшение качества жизни, увеличение зоны остеонекроза по данным МРТ/КТ/Рентгенографии, ограничение движений в конечности, необходимость оперативного вмешательства.

На фоне проводимого лечения улучшение зарегистрировано после 1-го визита у 6,55%, к 4-му визиту улучшение достигнуто у 50,00% пациентов. Ухудшение после 1-го визита отмечено у 9,77% пациентов, к 4-му визиту оно сохранялось у 6,25% пациентов. Все пациенты, продемонстрировавшие ухудшение на фоне консервативного лечения, имели 3-4 рентгенологические стадии АН и относились к когорте лиц с низкой приверженностью лечению, данные пациенты были направлены на хирургические методы лечения.

Заключение. Положительная динамика достигнута у каждого второго пациента к четвертому визиту (через 6-12 месяцев от начала лечения). Наблюдается низкая комплаентность пациентов с АН, что может приводить к ухудшению течения заболевания и в дальнейшем к хирургическим методам лечения. Проблема лечения и исходов асептических некрозов требует дальнейшего изучения.



РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ КАК ПРИЧИНА ОСТРОГО СУСТАВНОГО СИНДРОМА: ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА ПАЦИЕНТОВ

Повзун А.С.¹, Щемелева Е.В.², Повзун К.А.²,
Ковальчук Е.Ю.², Костенко В.А.²
¹СЗОНКЦ им. Л.Г.Соколова,
²НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить динамику клинических и лабораторных показателей у пациентов с острым суставным синдромом (ОСС) с верифицированным ревматоидным артритом (РА) в зависимости от пола пациентов.

Материалы и методы. До начала лечения и перед выпиской обследовано 282 пациентов с ОСС, причиной которого являлся РА, поступивших на лечение в НИИ скорой помощи имени И.И. Джанелидзе (НИИ СП) с ОСС. На фоне проводимой комплексной (симптоматической и этиопатогенетической) терапии РА при ОСС также проведена оценка динамики показателей, характеризующих течение суставного синдрома.

Результаты. При анализе пациентов с РА изучены клинические и лабораторные данные медицинских карт 282 больных: 54 мужчин и 228 женщин.

Средний возраст мужчин был достоверно меньше среднего возраста женщин (54,22±2,22 и 62,12±0,95 года соответственно; $p<0,001$). Выявлена большая средняя продолжительность РА у женщин по сравнению с мужчинами (7,26±0,56 и 3,10±0,69 года соответственно; $p<0,001$).

Количество болезненных, припухших и деформированных суставов у мужчин и женщин достоверно не различались.

При поступлении в НИИ СП уровень гемоглобина (113,34±1,28 и 124,67±2,92 г/л соответственно; $p<0,001$) и эритроцитов (4,01±0,04 и 4,24±0,09*10¹²/л соответственно; $p<0,05$) у женщин был достоверно ниже, чем у мужчин, при этом его снижение ниже нормальных значений могло быть обусловлено наличием анемии хронического воспаления, а также большей частотой встречаемости железодефицитной анемии вследствие приема НПВП. Также у них отмечено статистические более низкое значение фибриногена (5,06±0,34 и 4,36±0,14 г/л соответственно; $p<0,05$).

Сравнение показателей у пациентов перед выпиской выявило сохранение у женщин показателя гемоглобина ниже нормальных значений по сравнению с мужчинами (112,64±1,34 и 120,98±2,45 г/л соответственно; $p<0,01$).

Показатели, характеризующие активность воспаления: количество лейкоцитов (9,34±0,48 и 8,28±0,21*10⁹/л соответственно; $p<0,05$) и содержа-

ние с/я лейкоцитов (66,24±1,97 и 62,17±0,88% соответственно; $p<0,05$) были достоверно выше у мужчин.

Установлена положительная динамика клинических и лабораторных показателей при их сравнении перед выпиской и до начала лечения как отражение эффективности проводимой терапии в обеих группах. Отмечено достоверное снижение количества болезненных и припухших суставов как у мужчин (20,93±1,68 и 6,20±0,56 соответственно; $p<0,0001$) и (2,56±0,65 и 0,33±0,13 соответственно; $p<0,01$), так и у женщин (18,04±0,89 и 5,24±0,38 соответственно; $p<0,0001$) и (2,29±0,33 и 0,32±0,07 соответственно; $p<0,01$). Показатели, характеризующие активность воспалительной реакции также характеризовались достоверным снижением на фоне терапии как в группе мужчин, так и в группе женщин: индекс DAS28 (5,16±0,12 и 3,83±0,08 соответственно; $p<0,0001$) и (4,94±0,07 и 3,61±0,06 соответственно; $p<0,0001$), уровень СОЭ (41,81±2,45 и 34,92±2,32 мм/ч соответственно; $p<0,01$) и (42,01±1,14 и 33,38±1,03 мм/ч соответственно; $p<0,0001$); уровень СРБ (67,39±10,67 и 21,58±3,68 г/л соответственно; $p<0,0001$) и (50,06±4,08 и 17,65±1,98 г/л соответственно; $p<0,0001$) и уровень фибриногена (4,77±0,66 и 3,60±0,31 г/л соответственно; $p<0,05$) и (4,55±0,26 и 3,72±0,20 г/л соответственно; $p<0,0001$).

Выводы. Лечение больных РА при ОСС целесообразно осуществлять в условиях многопрофильного стационара скорой медицинской помощи с целью проведения симптоматической и коррекции этиопатогенетической терапии заболевания. Выявленные особенности показателей и их динамика в ходе лечения в зависимости от пола пациентов должны учитываться при подборе индивидуальной терапии больных ОСС при РА.

РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ КАК ПРИЧИНА ОСТРОГО СУСТАВНОГО СИНДРОМА: ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА ПАЦИЕНТОВ

Повзун А.С.¹, Щемелева Е.В.², Повзун К.А.²,
Ковальчук Е.Ю.², Костенко В.А.²
¹СЗОНКЦ им.Л.Г. Соколова,
²НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить динамику клинических и лабораторных показателей у пациентов с острым суставным синдромом (ОСС) с верифицированным ревматоидным артритом (РА) в зависимости от возраста пациентов.

Материалы и методы. До начала лечения и перед выпиской обследовано 282 пациентов с ОСС,

причиной которого являлся РА, поступивших на лечение в НИИ скорой помощи имени И.И. Джанелидзе (НИИ СП) с ОСС. На фоне проводимой комплексной (симптоматической и этиопатогенетической) терапии РА при ОСС также проведена оценка динамики показателей, характеризующих течение суставного синдрома.

Результаты. При анализе пациентов с РА изучены клинические и лабораторные данные медицинских карт 282 больных: моложе 50 лет ($n=51$) и старше 50 лет ($n=231$).

Выявлена большая средняя продолжительность РА у больных старшей возрастной группы ($7,20 \pm 0,55$ и $2,85 \pm 0,61$ года соответственно; $p < 0,00001$).

При поступлении в НИИ СП у более молодых пациентов установлен меньший уровень СОЭ ($35,41 \pm 2,53$ и $42,73 \pm 1,07$ мм/ч соответственно; $p < 0,01$) и уровень СРБ ($31,35 \pm 6,11$ и $52,99 \pm 3,93$ г/л соответственно; $p < 0,05$) по сравнению с больными старше 50 лет. Возможной причиной более низкого уровня воспалительных маркеров, вероятно, может являться лучший контроль своего состояния здоровья со стороны молодых больных, поскольку оно может лимитировать их трудоспособность. Помимо этого, пациентам старшей возрастной группы могут быть более свойственны пропуски приема лекарственных средств, что может обуславливать недостаточный контроль за уровнем воспаления при РА.

Перед выпиской у более молодых пациентов, как и до начала лечения, сохранялся меньший уровень СОЭ ($28,90 \pm 2,11$ и $34,76 \pm 1,04$ мм/ч соответственно; $p < 0,05$) по сравнению с больными старше 50 лет.

При оценке динамики показателей путем их сравнения в группах перед выпиской и до начала лечения выявлена достоверная положительная динамика клинических (количество болезненных и припухших суставов) и лабораторных показателей (индекса DAS28, СОЭ и СРБ). Снижение индекса DAS28 было достоверным как у молодых пациентов ($4,98 \pm 0,14$ и $3,60 \pm 0,12$ соответственно; $p < 0,00001$), так и у больных старшей возрастной группы ($4,99 \pm 0,07$ и $3,66 \pm 0,05$ соответственно; $p < 0,00001$).

Нормализация уровней СОЭ и СРБ достигалась не полностью ввиду непродолжительного периода нахождения на стационарном лечении, но статистически достоверное снижение уровня активности заболевания помимо снижения значений индекса DAS 28 выражалось также и в подтвержденном улучшении клинических показателей.

Выводы. До начала лечения у больных РА при ОСС моложе 50 лет наблюдались более низкие показатели, характеризующие уровень воспалительной активности, по сравнению с пациентами старшей возрастной группы. Выявленное снижение клинических и лабораторных показателей на фоне проводимой терапии подтверждают эффективность лечения больных с РА при ОСС в условиях многопрофильного стационара скорой медицинской помощи.

ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Погорелов М.Д., Перцев А.В., Главатских Ю.О.
Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) ежегодно занимает лидирующие позиции в структуре общей смертности и стойкой инвалидизации населения, в том числе трудоспособного возраста. Многие крупные исследования выделяют комплекс коморбидных состояний, которые оказывают существенное влияние на ход данного заболевания и его прогноз, среди которых выделяют сахарный диабет (СД).

Цель исследования. Изучение влияния сахарного диабета 2 типа на клиническое течение хронической сердечной недостаточности у пациентов пожилого возраста.

Материалы и методы. Данное исследование включало 420 человек (средний возраст составил $66,4 \pm 8,6$ лет (44,05% мужчин (185) и 55,95% женщин (235)). Исследование включало две группы пациентов. 284 пациента с сочетанием ХСН ишемического генеза и СД 2 типа в анамнезе составили 1 группу, 2 группу составили 164 пациента с ХСН ишемического генеза без СД 2 типа в анамнезе. В ходе исследования нами были проанализированы данные клинической картины заболевания, результаты инструментальных исследований (ультразвукового исследования органов брюшной полости и почек, биохимического исследования уровня глюкозы в крови, трансторакальной эхокардиографии (ЭХОкг), электрокардиографии (ЭКГ), рентгенологического исследования органов грудной клетки (ОГК)), а также исходы заболеваний, теста с 6 минутной ходьбой (ТШХ).

По результатам трансторакальной Эхо-КГ оценивалась сократительная способность левого желудочка: в 1 группе ФВ ЛЖ составила $47,8 \pm 8,5\%$, во 2 группе ФВ ЛЖ – $53,6 \pm 10,3\%$ ($p=0,002$). Согласно результатам биохимического анализа крови: у пациентов с декомпенсацией ХСН уровень глюкозы был значимо выше (в 1 группе $9,2 \pm 1,6$ ммоль/л, $5,3 \pm 0,7$ ммоль/л в 2 группе) ($p=0,001$). При оценке корреляционной взаимосвязи ФВ ЛЖ и уровня глюкозы крови была выявлена высокая корреляционная связь ($r=-0,6$). При оценке результатов ТШХ, в 1 группе одышка появлялась при дистанции до 200 м (ФК) III, а во 2 группе при дистанции до 400 м (ФК I-II).

Выводы. Таким образом, оценивая взаимосвязь течения ХСН на фоне СД 2 типа можно прийти к выводу, что частота сопутствующего СД составляет 22,8%, что подтверждает данные многих исследований о высокой распространенности СД у лиц с ХСН. Нами были выявлены особенности клинического течения ХСН на фоне СД 2 типа: отмечено снижение сократительной способности левого желудочка ($p=0,002$), высокий уровень гликемии у больных с СД 2 типа. Также у данной группы больных

был зарегистрирован более высокий уровень повышения систолического артериального давления (уровень САД $146 \pm 18,9$ мм.рт.ст., против $132,8 \pm 12,3$ мм.рт.ст., ($p=0,023$)) и диастолического артериального давления ($92,6 \pm 12,4$ мм.рт.ст., против $84,3 \pm 4,18$ мм.рт.ст., ($p=0,018$)). Было отмечено значимое снижение толерантности к физической нагрузке.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВАКЦИНАЦИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Погорелов М.Д., Главатских Ю.О., Перцев А.В.
Воронежский государственный медицинский
университет им. Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Актуальность. Триумфальное шествие вакцинопрофилактики в борьбе с инфекциями на протяжении более 220 лет определило иммунизацию сегодня как стратегическую инвестицию в охрану здоровья, благополучие семьи и нации в целом. Заметно расширились в современных условиях ее задачи – это не только снижение заболеваемости, смертности, но и обеспечение активного долголетия, сбережения здоровья с самого рождения. В настоящее время задачей педиатра является практическая реализация программы активной иммунопрофилактики, которая бы позволила защитить каждого ребенка от большинства инфекционных заболеваний, предотвращаемых вакцинацией. Большинство инфекций, вакцинация от которых включена в национальный календарь прививок, являются контролируруемыми. Тем не менее, ежегодно более 3,5 млн человек погибают от инфекций, предотвращаемых вакцинацией, а более 750 тысяч после перенесения данных заболеваний получают стойкую инвалидизацию.

Цель исследования. Изучить состояние вакцинации детей до 5 лет и разработать предложения по ее совершенствованию на педиатрическом участке.

Материалы и методы. Для проведения НИР были отобраны 15 детей 2018 года рождения, которые наблюдаются на 1 участке Детской поликлиники №3 в городе Воронеж. Анализ сведений о вакцинации был произведен по формам 112У и 063У с использованием Microsoft Excel для формирования базы данных по следующим параметрам: паспортные данные пациентов, список профилактических прививок, включенных в актуальный национальный календарь, дата проведения вакцинации пациентам, дата проведения вакцинации, согласно национальному календарю вакцинации, причина непроведения вакцинации. Согласно полученным данным, был произведен анализ соответствия произведенной вакцинации национальному календарю профилактических прививок, объем произведенной вакцинации, а также причины непроведения вакцинации.

Результаты и обсуждение. По результатам проведенного исследования 80% детей были вакцинирова-

ны по индивидуальному календарю, а 65% из них вакцинированы не в полном объеме. В 75% случаев перенос вакцинации или отказ от нее был мотивирован желанием родителей. В процессе НИР исследователем был опрошен участковый педиатр, обслуживающий участок, к которому были прикреплены пациенты, включенные в исследование. По результатам данного опроса было выяснено, что большинство родителей не имеют полноценного всестороннего представления об эффективности профилактических прививок и их необходимости, многие из них имели сомнения о безопасности применяемых вакцин, что послужило причиной для временного отказа. Однако, 95% родителей согласились на проведение вакцинации после подробного разъяснения врачом-педиатром теоретических аспектов вакцинации, необходимости ее проведения. Важна была и доказательная база о безопасности проведения вакцинации и способах минимизации поствакцинальных осложнений, обеспокоенность которыми была отмечена в 70% случаев.

Выводы. Большинство детей вакцинированы по индивидуальному календарю профилактических прививок не в полном объеме. Самой частой причиной временного отказа от вакцинации является желание родителей, что говорит о низкой осведомленности населения об эффективности проводимой вакцинации, ее необходимости и безопасности. Данные аспекты позволяют сделать вывод о том, что крайне необходимо проводить регулярную просветительскую работу с родителями, в том числе в школах будущих мам, с целью повышения компетенции родителей, что приведет к снижению частоты отказов от вакцинации и повышению иммунной прослойки населения.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИХОРАДОЧНЫХ СОСТОЯНИЙ В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА

Погорелов М.Д., Перцев А.В.,
Главатских Ю.О.
Воронежский государственный медицинский
университет им. Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Актуальность исследования. Лихорадочный синдром является одним из важнейших диагностических критериев, по характеру которого возможно дифференцировать широкий спектр заболеваний [1]. В первую очередь, безусловно, это болезни инфекционной этиологии, системные неопластические и воспалительные заболевания, многие из которых имеют неблагоприятный прогноз.

Цель исследования. Проанализировать клиническую картину пациентов терапевтического профиля и оценить структурную характеристику лихорадочных

состояний данной категории пациентов. Изучить возможность ранней дифференциальной диагностики на этапах первичного звена, стационара.

Материалы и методы. В исследование вошли пациенты терапевтического, кардиологического, пульмонологического профиля, госпитализированные по поводу лихорадочного синдрома длительностью более 5 дней, в количестве 176 человек в возрасте от 25 до 45 лет (98 мужчин и 78 женщин, средний возраст составил $35,5 \pm 7$). Всем пациентам были проведены стандартные диагностические мероприятия на этапе приемного отделения: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические исследования), далее были проведены УЗИ внутренних органов, Рентгенография ОГК, компьютерная томография индивидуально согласно показаниям у пациентов, включенных в исследование.

Результаты. В ходе проведения НИР было выявлено, что из 176 обследованных нами лихорадящих больных на стационарном этапе в 60 случаях диагностирована пневмония различной степени тяжести, при этом 18 диагнозов из них было поставлено на этапе первого звена; а также 16 случаев бронхита. Среди пациентов кардиологического профиля было обнаружено 26 случаев инфекционного эндокардита. В исследуемой группе были выявлены больные, страдающие хроническим гепатитом алкогольной этиологии (14 человек), 2 случая системной красной волчанки и столько же случаев псевдосептического варианта ревматоидного артрита, 20 – острого пиелонефрита и 36 – опухолей различной локализации. При этом, у 90% обследованных пульмонологического профиля в первые три дня определялась инфильтрация в легких, у 83% из которых по данным общего анализа крови определялся нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы при первом заборе крови.

Вывод. Крайне важно на поликлиническом и стационарном этапах выявлять группы риска, проводить достаточный объем лабораторных и инструментальных методов диагностики на основании наблюдаемой у данных пациентов клинической картины заболевания с целью проведения точной и своевременной дифференциальной диагностики. Данный подход позволит улучшить прогноз течения заболевания и сократить необходимый период реабилитации данной категории пациентов.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ КУРЕНИЯ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ МОЛОДЕЖИ

Поланцевич В.Ю., Мусик П.С., Шульга Е.В.

Гродненский государственный
медицинский университет,
г. Гродно, Беларусь

Актуальность. По данным ВОЗ в мире регулярно используют табачные изделия около 1,3 млрд.

человек, из которых 400 млн. в развитых странах и 900 млн. в развивающихся странах. При этом отмечают снижение данных показателей. Однако в реальной практике прослеживается тенденция к повышению употребления альтернативных видов курения (электронных сигарет, вейпов, кальяна и др.). Известно, что использование вейпов выше у молодежи (18-24 лет) с высоким социально-экономическим статусом и уровнем образования, проживающих в больших городах [Shaw S. et al., 2023]. По данным европейского общества кардиологов показано, что использование электронных сигарет не является реальной альтернативой прекращению курению. На сегодняшний день сердечно-сосудистые эффекты электронных сигарет в долгосрочной перспективе остаются неизвестными [Guidelines for the management of acute coronary syndromes, 2023].

Цель. Изучить и сравнить влияние различных видов курения на сердечно-сосудистую систему (ССС) молодых людей.

Методы исследования. В исследовании участвовали студенты Гродненского государственного медицинского университета 21-22 лет. Молодым людям было предложено ответить на ряд вопросов до и после курения на условии добровольного согласия и анонимности. По полученным результатам студенты были разделены на 3 группы: курящие вейп ($n=14$), курящие обычные сигареты ($n=14$), не курящие ($n=14$). Группы были однородны по гендерному составу. У студентов измерялись антропометрические показатели (рост, вес, объем талии, бедер), рассчитывались индекс массы тела (ИМТ). Для оценки работы ССС выполнялся «Тест 6-минутной ходьбы», проводились пульсоксиметрия, измерение артериального давления (АД) и подсчет частоты сердечных сокращений (ЧСС) до исследования, а также после через 15с., 30 с., 60 с. Для обработки полученных данных использовались методы непараметрической статистики.

Результаты и их обсуждение. Было выявлено наличие статистически значимых отличий ОТ, веса, ИМТ, сатурация и ЧСС через 15 с. после выполнения теста между исследуемыми группами (Kruskal-Wallis test, $p<0,05$). При более детальном сравнении выявлено различие ОТ, веса, ИМТ между студентами, курящих табак и некурящими молодыми людьми (Mann-Whitney U Test, $p<0,05$). Отмечено также более выраженное снижение сатурации и увеличение ЧСС через 15 с. после выполнения физической нагрузки у курящих вейп в сравнении с некурящими студентами (Mann-Whitney U Test, $p<0,01$).

При изучении изменений показателей до и после курения в различных группах выявлено более выраженное снижение сатурации в группе студентов, курящих вейп (Wilcoxon Test, $p<0,01$). После физической нагрузки уровень сатурации в группе студентов, курящих вейп, табак и не курящих имел следующие значения: 96,0 (95,0; 97,0), 97,0 (96,0; 98,0) и 97,4 (97,0; 98,0), $p<0,005$.

При исследовании корреляционных взаимосвязей Спирмана в группе студентов, использующих вейпы, выявлена прямая зависимость ИМТ и диастолического АД после выполнения теста (Spearman Rank=0.66, $p<0,005$), а также ЧСС после физической нагрузки с наличием хронических заболеваний (Spearman Rank=0,7, $p<0,005$). В группе студентов, курящих табак, отмечена прямая взаимосвязь ОТ, ИМТ и систолического АД после выполнения теста (Spearman Rank=0.6 и 0.8, соответственно, $p<0,005$), а также обратная зависимость сатурации крови и ЧСС через 60 с. после физической нагрузки (Spearman Rank=-0,77, $p<0,005$). В группе не курящих студентов данных взаимосвязей не прослеживалось.

Выводы. Полученные нами результаты свидетельствуют, что различные виды курения влияют на работу ССС уже в молодом возрасте. При этом установлено, что использование вейпа в большей степени снижает сатурацию крови после курения, чем табакокурение, и увеличивает ЧСС через 15 с. после выполнения теста при сравнении с некурящими студентами. Выявлено, что диастолическое АД после физической нагрузки взаимосвязано с ИМТ в группе студентов, использующих вейпы, а систолическое АД после выполнения теста взаимосвязано с ИМТ и ОТ в группе студентов, использующих табак, что указывает на различные механизмы регуляции ССС во время физической нагрузки. При табакокурении выявлена также обратная взаимосвязь степени сатурации крови и ЧСС через 60 сек после выполнения теста. Полученные данные указывают на негативное влияние не только табака, но и вейпов на ССС и требуют более детального изучения в долгосрочной перспективе.

ИНТЕРНЕТ ССЫЛКИ НА ИНФОРМАТИВНЫЕ РЕСУРСЫ ПОВЫШАЮТ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Полякова Ю.В., Гордеева С.Е., Сивордова Л.Е.,
Ахвердян Ю.Р., Папичев Е.В., Заводовский Б.В.
НИИ клинической и экспериментальной
ревматологии им. А.Б. Зборовского,
г. Волгоград

Лечение дегенеративных заболеваний опорно-двигательной системы не может рассматриваться отдельно от модификации образа жизни пациента. В лечении ревматических заболеваний ведущую роль играют препараты базисной терапии, но немедикаментозная терапия так же актуальна.

Для коррекции двигательной активности, нормализации питания требуются дополнительные консультации специалистов по лечебной физкультуре,

правильному питанию. Не все виды страховок позволяют пациенту получить данные консультации в достаточном объеме. Раздача информационных листовок может быть рассмотрена, как помощь в решении поставленной задачи. Как показывает практика, листовки с рекомендациями по лечебной физкультуре и правильному питанию остаются в папках с рекомендациями и не используются в полной мере.

В современном мире информацией из интернета пользуется большинство наших пациентов, за исключением незначительного числа пациентов самого преклонного возраста. Именно для них мы оставляем информацию на бумажном носителе. Абсолютное большинство (98% пациентов) мы знакомим с полезными интернет-ресурсами и прописываем ссылки на них в заключении врача в разделе «немедикаментозная терапия».

Цель. Повысить эффективность немедикаментозной терапии заболеваний костно-мышечной системы путем размещения ссылок на полезные интернет-ресурсы в рекомендациях по немедикаментозной терапии и знакомства с данными инструментами на приеме.

Материалы и методы. Проведен контроль эффективности обращения к информационным листовкам, полезным интернет ресурсам при различных режимах представления информации пациентам во время приема. 1-й группе больных (100 первичных пациентов) на приеме просто выдавалась листовка с примерами упражнений при заболеваниях костей, суставов, позвоночника для ежедневных занятий и листовка с диетическими рекомендациями для контроля за питанием. 2-й группе (100 пациентов) рассказывалось о пользе упражнений и правильного питания с акцентом на то, что ссылки на видеорекомендации есть в заключении врача. 3-ей группе (100 пациентов) на приеме открывалась ссылка на компьютере врача и рассказывалось о пользе лечебной физкультуры и правильного питания. 4-й группе (100 пациентов) на приеме было показано 2-4 упражнения с привлечением больного к их выполнению, давалась листовка или ссылка на видео и рекомендации по правильному питанию.

На повторном приеме задавался вопрос по выполнению рекомендаций.

Результат. Выявлено, что независимо от представления информации практически 83% пациента с подагрой в той или иной мере соблюдали диетические рекомендации, как минимум в первый месяц наблюдения. Расчет потребления кальция в 9% провели пациенты, которым была выдана листовка, в 23% случаев – пациенты, которым была дана ссылка на IOF Calcium Calculator и в 78% случаев, если врач во время приема зашел на сайт и показал, как проводится расчет потребления кальция.

Выполнение упражнений было наиболее частым – 82%, если упражнения выполнялись вместе с врачом во время приема, в 57% случаев при открывании ссылки на сайт с видеоуроками (Лечебная гимнастика

– РАОП; Гимнастика при боли в суставах – видеоуроки НИИ ревматологии; Здоровье суставов РФ) и только в 17% случаев при раздаче листовок с упражнениями.

Вывод. Выполнение рекомендаций по немедикаментозной терапии в большой степени зависит от представления информации. Наилучший результат достигается при вовлечении пациента в исполнение рекомендаций непосредственно на приеме у врача.

КОМБИНИРОВАННАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ, ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ИБС, АГ В СОЧЕТАНИИ С ХОБЛ

Прибылов В.С.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск

Цель. Изучить влияние комбинированных антигипертензивных препаратов (периндоприл, амлодипин и фуросемид) на параметры артериальной ригидности (АР), ЛГ у пациентов ИБС с коморбидной патологией: АГ, ХОБЛ и ХСН.

Материалы и методы. В кардиологическом и пульмонологическом отделениях ОБУЗ КОМКБ г. Курска обследовано 55 пациентов с ИБС, ПИКС, АГ в сочетании с ХОБЛ 2-3 ст и ХСН 2-3 ст в возрасте от 43 до 75 лет. Группы сравнения: 20 больных ИБС, ПИКС, АГ без ХОБЛ и 24 больных с ХОБЛ с ЛГ без ИБС. Больные были разделены на 2 группы: 35 больным назначали периндоприл-амлодипин с титрованием дозы до 10/10 мг, вторая группа 20 пациентов получали дополнительно фуросемид 40 мг/сут. Базисная терапия была одинаковой для всех больных: Кардиомагнил, статины, Триметазидин, β_2 -агонисты и бронходилататоры. АР оценивали методом объемной сфигмографии на приборе (VS-1500 Fukuda Denshi, Япония) с СРПВ, СЛСИ, лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ), индекса аугментации (ИА) в аорте, цСАД, цПАД. Изучались липиды, ЭКГ, ЭхоКГ, параметры ФВД, рассчитывались показатели ЛГ (СДЛА с помощью Aloka 1700, Япония). Кроме того, больные получали стандартную комплексную терапию (двойная антиагрегантная, обезболивающая, статины, антиангинальные препараты – триметазидин, при лечении ХОБЛ - β_2 -агонисты и бронходилататоры).

Результаты и обсуждение. Самые высокие показатели АР ($p < 0,01$) зарегистрированы у пациентов ИБС, ПИКС, АГ и ХОБЛ 2-3 ст, ХСН 2-3 ст с увеличением СРПВ ($13,2 \pm 1,6$ м/с), при ИБС, ПИКС, АГ без ХОБЛ ($10,2 \pm 0,3$ м/с), при ХОБЛ с ЛГ без ИБС ($9,8 \pm 0,2$ м/с), в контрольной группе 16 человек без ИБС, АГ и ХОБЛ ($8,1 \pm 0,1$ м/с); СЛСИ ($12,4 \pm 0,4$, $9,4 \pm 0,2$, $8,3 \pm 0,3$, $7,2 \pm 0,1$), цСАД ($163 \pm 6,2$ и, соответственно, $148 \pm 2,4$, $147 \pm 2,2$, $120 \pm 1,2$ мм рт.ст.), цПАД ($62 \pm 2,4$ и, соот-

ветственно, $42 \pm 2,2$, $35 \pm 2,4$, $30 \pm 1,1$ мм рт.ст.). Наиболее выраженная ЛГ СДЛА ($48,1 \pm 3,4$ мм рт.ст.) была в группе больных со сложной коморбидной патологией (ИБС, АГ, ХОБЛ и ХСН). На фоне комплексной терапии периндоприлом-амлодипином в течение 3 месяцев амбулаторного наблюдения и базисного лечения отмечено достоверное снижение ($p < 0,01$) цСАД, цПАД, значительное уменьшение СРПВ. Однако только при комплексной гипотензивной терапии во второй группе больных периндоприлом-амлодипином и фуросемидом зарегистрирована нормализация цСАД, цПАД, СРПВ, ИА со стойким снижением ЛГ (депрессия СДЛА $48,5 \pm 5,2$ до $25,4 \pm 2,2$ мм рт.ст.), с уменьшением ЧСС (с $88 \pm 4,8$ до $72 \pm 3,2$ уд/мин), одышки ($22 \pm 2,4$ до $16 \pm 1,2$ дых/мин), исчезновением периферических отеков, сокращением размеров печени по УЗИ, отсутствием рецидивов ОКС в течение 3 месяцев наблюдения, улучшением показателей пробы с 6-минутной ходьбой.

Выводы. На фоне длительной 3-месячной терапии пациентов со сложной коморбидной патологией (ИБС, ПИКС, АГ, ХОБЛ) с использованием комбинированных антигипертензивных препаратов и базисной терапии происходит уменьшение и нормализация основных показателей АР (СРПВ, цСАД, цПАД, СЛСИ) с исчезновением высокой ЛГ и тяжелых клинических проявлений ХСН 2-3 ст у этой когорты коморбидных больных.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ АМЛОДИПИНА/ИНДАПАМИДА/ ПЕРИНДОПРИЛА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК 1-3 СТАДИИ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ

Прибылова Н.Н., Леонидова К.О.,

Прибылов В.С., Маль Г.С., Прибылов С.А.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск

Цель исследования. Оценить влияние комбинированного гипотензивного трехкомпонентного препарата Амлодипин/Индапамид/Периндоприл на основные показатели сосудистой.

Жесткости, артериальной и легочной гипертензии, эндотелиальной дисфункции у больных различными вариантами ИБС в сочетании с ХПБ 1-3 стадии при консервативной терапии и после коронарного стентирования.

В исследование включены 125 пациентов с различными формами ИБС, с АГ на фоне ХПБ 1-3 стадии. Пациенты были разделены на следующие группы: пер-

вая группа – пациенты ИБС, АГ, ПИКС, ХСН (n=35); группа вторая – больные ИБС, ОКС с подъемом сегмента ST, острым ИМ (n=35); третья группа – ОКС без подъема сегмента ST и нестабильная стенокардия в сочетании с ХПБ 1-3 стадии (n=25); группа контроля – 30 больных ИБС, АГ, без патологии почек.

Материалы и методы. Региональную жесткость артерий оценивали путем объемной сфигмографии на приборе VS-1500 (Fukuda Denshi, Япония). Определяли параметры жесткости сосудистой стенки (скорость распространения пульсовой волны (СРПВ), индекс аугментации в аорте (AI), центральное систолическое и пульсовое аортальное давление (цСАД, цПАД). Для оценки степени эндотелиальной дисфункции проводили с использованием ультразвукового метода определения потоковзависимой вазодилатации в пробе с постокклюзионной реактивной гиперемией по методике по Celermajer. Для количественного определения человеческого эндотелина-3 (ЕТ-3) ЭДТА-плазмы методом иммуноферментного анализа использовался набор Biomedica (Австрия). Спектрофотометрическим методом с помощью реактива Грисса определялся NO. Всем больным был выполнен комплекс клинико-инструментальных методов исследования: суточное мониторирование АД, ЭКГ, ЭХОКГ с определением СДЛА по общепринятой методике, ЛПНП, Аполипопротеин В, ЛПВП.

Статистическая обработка полученных данных будет проведена с использованием пакета прикладных программ Microsoft Office Excel 2020, программного обеспечения IBM-SPSS – 23.

Результаты и обсуждения. У больных в анамнезе с ХПБ 1-3 стадии АГ была в среднем $8,1 \pm 4,3$ лет, обусловленная нефрогенной этиологией. Всем больным проводилась КАГ, так как больные поступили с неконтролируемой АГ, всем пациентам была назначена одинаковая терапия дезагрегантная, антиишемическая, антилипидемическая, гипотензивный комбинированный трехкомпонентный препарат Амлодипин/Индапамид Периндоприл (с титрованием дозы от 5/1,25/5 до 10/2,5/10 мг). В работе получены большие исходные значения показателей жесткости сосудистой стенки у пациентов с ИБС при наличии ХБП 1-3 стадии. СРПВ в группе ИБС, АГ, ПИКС, ХСН составила $10,8 \pm 0,12$ м/с, в группе контроля – $8,7 \pm 0,11$ м/с. AI $1,2 \pm 0,12$ и соответственно $1,1 \pm 0,14$. Максимальный уровень холестерина обнаружен в группе пациентов ИБС, АГ, ПИКС, ХСН $7,1 \pm 0,8$ ммоль/л, в группе сравнения – $5,8 \pm 0,4$ ммоль/л. ЛПНП увеличены до $4,9 \pm 0,8$ ммоль/л, против $3,4 \pm 0,2$ ммоль/л, apoB $148 \pm 10,1$ мг/дл по сравнению с $120 \pm 8,9$ мг/дл без почечной патологии. По данным КАГ преобладало поражение одной коронарной артерии у пациентов ИБС на ранних стадиях ХПБ, цСАД $173 \pm 13,1$, цПАД $49 \pm 8,31$ мм рт. ст., эндотелиальная дисфункция – у 81% пациентов преобладала недостаточно эндотелий зависимая вазодилатация и у 8% вазоконстрикция, что послужило причиной развития ОКС и в том числе ИМ. В нашем исследовании обнаружены

низкие показатели NO, особенно у пациентов с ИМ и ОКС на фоне ХБП – $4,23 \pm 0,81$ мкмоль/л, в группе сравнения – $8,12 \pm 0,93$ мкмоль/л. И значительное повышение эндотелина-1 – $2,9 \pm 0,61$ фентамоль/мл, в группе сравнения $1,0 \pm 0,32$. СДЛА максимальным $42,2 \pm 9,3$ мм рт.ст. было в группе ОКС без подъема сегмента ST и нестабильная стенокардия в сочетании с ХПБ 1-3 стадии, ИБС, АГ, ПИКС, ХСН $34 \pm 7,6$ мм рт.ст., в группе контроля $22 \pm 5,1$ мм рт.ст. Наше исследование показало безопасность целесообразность назначения после коронароангиопластики у коморбидных больных в составе комплексной терапии в течение трех месяцев лечения амлодипином/индапамидом/периндоприлом. Через 3 месяца терапии у этих больных нормализовалось цСАД, цПАД, снизилась до нормы СРПВ ($7,8 \pm 1,6$ м/с), СДЛА ($21 \pm 3,4$ мм рт.ст.). Через 12 недель после коронарного стентирования у пациентов с различными формами ИБС с ХПБ происходило снижение сосудистой жесткости, уменьшение эндотелиальной дисфункции в сочетании с элевацией СКФ (с $51 \pm 3,1$ до $58 \pm 4,2$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$), снижением креатинина (с $133 \pm 10,2$ до $90 \pm 3,8$ мкмоль/л) независимо от терапевтической дозы препарата.

Выводы. Таким образом раннее назначение гипотензивного трехкомпонентного препарата Амлодипин/Индапамид Периндоприл на фоне базисной дезагрегационной, липидемической, антиишемической терапии приводит после коронарного стентирования к более быстрой нормализации цифр артериального давления, показателей жесткости сосудистой стенки, с уменьшением легочной гипертензии, эндотелиальной дисфункции и улучшает качество жизни у пациентов с ИБС на фоне ХПБ.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

Пулатова Ш.Б., Набиева Д.А., Мирзажонова Г.С.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить функциональное состояние сердечно-сосудистой (ССС) системы у больных анкилозирующим спондилитом, находящихся на различных схемах противовоспалительной терапии.

Материалы и методы. Было обследовано 60 пациентов с анкилозирующим спондилитом (АС), средний возраст $36,4 \pm 0,9$ лет. Всем пациентам проводилось комплексное клиническое, лабораторное и инструментальное исследование, HLA-B27 антиген типирование, электрокардиография, рентгенография костей таза и тазобедренных суставов и отдельных отделов позво-

ночника, а также эхокардиография, суточное амбулаторное мониторирование АД.

Результаты. Диагноз больным АС выставлен, в среднем, через $9,6 \pm 0,6$ лет. Ассоциация АС с HLA-B27 антигеном наблюдалась у 81,5% больных. Во всех группах были выявлены традиционные факторы кардиоваскулярного риска. Наиболее часто встречались отягощенный семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний (у мужчин <55 лет и у женщин <65 лет) – 34,3% больных, курильщиками были 35,6% пациентов, воздействию психоэмоциональных стрессов подвергались 19% исследуемых, гиподинамия (опросник IPAQ) встречалась у 27,6 % больных, нарушения принципов рационального питания наблюдалось более чем у половины больных АС – 83,8%. Гиперхолестеринемия выявлена у 20,9% больных АС, дислипидемия отмечалась у 51% исследуемых. У 38,2% было установлено абдоминальное ожирение. Избыточная масса тела отмечалась у 41,7% больных. Больные разделены на две группы: 1-группа получавшие только диклофенак и 2-группа получавшие комбинацию диклофенака + адалимумаб. Анализ липидного спектра крови в 2 группе показал при относительно одинаковом уровне ОХ более высокие значения ЛПВП ($p < 0,05$) и более низкие значения триглицеридов ($p < 0,05$). В 1 группе количество пациентов с признаками ремоделирования или гипертрофии стенок сердца составило 72%, а в 2 группе – 44%, а признаки только гипертрофии в 1 группе – 48% больных, а в 2 группе – 29%.

Выводы. Подводя итоги данного этапа исследования можно отметить, что у больных АС, получавших терапию диклофенаком+адалимумабом по сравнению с больными, получавших терапию диклофенаком наблюдалось более благоприятное ее влияние на функциональное состояние ССС.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Пулатбекова С.У., Турсунова Л.Д., Жаббаров А.А.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Несмотря на достижения современной медицины, показатели заболеваемости артериальной гипертензией (АГ) среди населения продолжают расти, особенно в молодой возрастной группе. Отсутствие правильного образа жизни могут привести к развитию АГ у студентов-медиков, которые будут затем работать с пациентами в своей профессиональной деятельности. Наиболее эффективным способом уменьшения заболеваемости является их первичная профилактика, т.е. борьба с факторами риска (ФР).

Цель исследования. Изучить распространенность АГ и ФР ее развития у студентов медицинского вуза.

Материалы и методы. Для определения распространенности АГ и ФР ее развития у студентов медицинских вузов был проведен опрос (автором был создан онлайн опросник), которое включало: опрос по анкете для выявления возраста, качества потребляемой пищи, испытывалось ли нервное напряжение во время учебы, наличие вредных привычек и зависимость от алкоголя, сведений о физической активности, случаи АГ у родственников. В течение 1 месяца студенты медицинских вузов разных стран участвовали в данном анкетировании. Всего обследовано 200 человек в возрасте 18-33 лет (средний возраст 25 лет). Отклик составил 32% (64 человек) для мужчин и 68% (136 человек) для женщин. Проводился контроль качества полученной информации. В анализ были отобраны только представленные данные.

Результаты исследования. После анализа анкетирования показало, что 28% (56 человек) замечают повышение АД от общих показателей. Также что 60% студентов (120 человек) употребляют в своем рационе жирную, соленую и сладкую пищу. Около 50% (100 человек) проводят за компьютером или перед телевизором более 5 часов в день. Более 70% (140 человек) студентов испытывали нервное напряжение и тревогу в период обучения, что может быть связано с повышением риска развития АГ. Было выявлено, что около 60% (120 человек) студентов имели случаи АГ у близких родственников. Относительно курения, около 36% (72 человек) студентов признались в курении, а у 10% из них количество выкуриваемых сигарет в день превышало 20 штук в день. Что касается употребления алкоголя, около 37 % студентов сообщили о его употреблении, а каждый четвертый респондент употреблял алкоголь более одного раза в неделю.

Выводы. В результате опроса было определено, что у более половины студентов выявлены ФР способствующие развитию АГ, такие как вредные привычки, алиментарный фактор, наличие стресса и самое главное наследственное предрасположение (или отягощенная наследственная предрасположенность). Исходя из этого студенты должны обратить внимание на здоровый образ жизни, который включает в себя правильное питание, адекватная физическая нагрузка, уменьшение стрессовых ситуаций и наладить биоритм организма.



КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ/ ПАРААНГЛИОМОЙ

Реброва Д.В.

¹Санкт-Петербургский государственный университет,

²Клиника высоких медицинских технологий

им. Н.И. Пирогова,

Санкт-Петербург

Феохромоцитома/параанглиома (ФЕО/ПГ) – опухоль из хромаффинных клеток надпочечникового (ФЕО) или внемочечникового (ПГ) происхождения. Клинические симптомы ФЕО/ПГ определяются патологической постоянной или пароксизмальной секрецией катехоламинов (адреналин, норадреналин или дофамин), хотя встречается и бессимптомное течение.

Цель исследования. Установить наиболее распространенные клинические симптомы, а также оценить частоту встречаемости «неклассических» симптомов ФЕО/ПГ.

Материалы и методы. В исследование включены 353 пациента с гистологически верифицированной ФЕО/ПГ, прооперированных в Клинике высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова СПбГУ в 2010-2022 гг. Статистический анализ выполнен с помощью языка программирования Python 3.11 (Python Software Foundation, США). Описательная статистика количественных признаков представлена в виде медиан, первых и третьих квартилей в формате Me [Q1; Q3], категориальных признаков – в виде абсолютных и относительных частот в формате n (%).

Результаты и обсуждение. Наиболее частыми симптомами ФЕО/ПГ в исследуемой выборке (более 50%) явились ощущение учащенного сердцебиения и кризовый характер повышения уровня артериального давления (АД), что соответствует «классической» триаде. Однако, помимо этих жалоб, выявлены и другие симптомы, встречающиеся более чем у четверти больных в выборке, такие как головная боль (41,07%) постоянное повышение уровня АД (38,39%), потливость (30,65%), общая слабость и утомляемость (26,19%). Кроме того, более 20% пациентов предъявляли жалобы на умеренные эпизоды повышения уровня АД и приливы жара или озноба (по 24,11% соответственно). В исследуемой выборке частота встречаемости таких симптомов, как бледность, тремор (17,56%), тошнота (10,42%) и повышение массы тела (4,76%), была ниже по сравнению с данными литературы. Стоит отметить, что 43 пациента из исследуемой выборки были отнесены к бессимптомной форме из-за отсутствия наиболее характерных симптомов в виде повышения уровня АД и тахикардии, однако единичные представители данной подгруппы все же предъявляли жалобы на эпизодические головные боли, боли

в поясничной области, потливость, «приливы» жара или озноба, головокружение, одышку при физической нагрузке, бессоницу, страх, тревогу, ощущение внутренней дрожи, что демонстрирует влияние катехоламинового эксцесса на организм даже в отсутствие классической триады симптомов.

Выводы. В группу риска по ФЕО/ПГ для проведения скрининга можно определить как пациентов, у которых определяются следующие симптомы: АГ в виде гипертонических кризов, либо постоянного повышения уровня АД, либо с умеренными эпизодами повышения уровня АД, ощущение учащенного сердцебиения, головная боль, повышенная потливость, общая слабость и утомляемость, «приливы» жара или озноба.

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭКЗОГЕННОГО И ЭНДОГЕННОГО ГИПЕРКОРТИЗОЛИЗМА

Реброва Д.В.^{1,2}, Ворохобина Н.В.³, Русаков В.Ф.¹,
Краснов Л.М.¹, Федоров Е.А.¹, Чинчук И.К.¹,
Шихмагомедов Ш.Ш.¹, Згода Е.А.¹,
Черников Р.А.¹, Слепцов И.В.¹

¹Санкт-Петербургский государственный университет,

²Клиника высоких медицинских технологий

им. Н.И. Пирогова,

³СЗГМУ им. И.И. Мечникова,

Санкт-Петербург

Гиперкортизолизм – состояние, вызванное эндогенной гиперпродукцией кортизола вследствие патологии гипофиза, надпочечников или наличия эктопической секреции адренокортикотропного гормона (АКТГ), или экзогенным приемом глюкокортикоидов, с патологическим влиянием на сердечно-сосудистую систему, костную систему, водно-электролитный баланс и метаболические процессы.

Пациентка Н., 50 лет, госпитализирована с жалобами на общую и мышечную слабость (невозможность поднять ногу на ступеньку, нести сумку в руках); эпизодические головные боли в лобной и затылочной областях давящего характера, преимущественно в ночное время; постоянные интенсивные боли в поясничной области, усиливающиеся при смене положения тела и при любом движении, повышение уровня артериального давления (АД) максимально до 200/110 мм рт.ст. (на фоне гипотензивной терапии 160/100 мм рт.ст.), снижение до 160/100 мм рт.ст. на фоне усиления антигипертензивной терапии. Кроме того, пациентка предъявляла жалобы на сухость во рту, жажду, неприятный привкус во рту, одышку при незначительной физической на-

грузке, учащенное сердцебиение, ощущение перебоев в работе сердца, значительное выпадение волос на голове. При амбулаторном самоконтроле по глюкометру глюкоза в крови до 12 ммоль/л.

Объективно индекс массы тела 23,4 кг/м², однако обращало на себя внимание отложение подкожно-жировой клетчатки в верхней части тела, на лице и шее, жировой «бугорок» в верхней части спины, покраснение лица, сосудистые пятна и кровоподтеки на коже, «истончение» кожи на верхних и нижних конечностях.

Из анамнеза известно, что около года назад пациентка отметила быстрое нарастание массы тела на 10 кг с прогрессивным появлением вышеупомянутых жалоб. В связи с появлением пятен на спине и груди обследована у ревматолога и дерматолога. Выполнена биопсия кожи, по результатам которой подтверждена склеродермия Бушке (гистология: дерматоз с преобладанием отека глубоких отделов дермы и минимальным периваскулярным инфильтратом, который рассматривался как склеродермия у взрослых Бушке). Инициирована терапия преднизолоном в суточной дозе 40 мг с постепенным снижением в течение 6 месяцев до поддерживающей дозировки 2,5 мг в сутки, в дальнейшем пациентка терапию самостоятельно отменила в связи с отсутствием субъективного улучшения.

За время приема глюкокортикоидов у пациентки диагностирован сахарный диабет, расцененный как вторичный на фоне медикаментозного синдрома Иценко-Кушинга. При компьютерной томографии органов брюшной полости, проведенной в связи с периодическими диффузными болями в животе, выявлена двусторонняя узелковая гиперплазия коры надпочечников. Гормонального обследования не проводилось в связи с приемом глюкокортикоидов.

Через 1 месяц после отмены глюкокортикоидов госпитализирована в эндокринологическое отделение. При лабораторном обследовании выявлено значимое повышение уровней АКТГ и кортизола крови, выраженная гипокалиемия. После ночного теста с 1 мг дексаметазона подавления уровней АКТГ и кортизола не получено, что свидетельствовало в пользу эндогенного гиперкортизолизма. После двухдневного теста с 8 мг дексаметазона получено подавление уровня кортизола, что свидетельствовало в пользу АКТГ-зависимой формы синдрома Иценко-Кушинга. При магнитно-резонансной томографии выявлена аденома гипофиза 13x7 мм. Проведено нейрохирургическое лечение – эндоскопическое интракапсулярное удаление опухоли трансназосфеноидальным доступом (гистология: хромофобная аденома гипофиза с очаговыми постгеморрагическим гемосидерозом и склерозом). После хирургического лечения клиническое улучшение с регрессом симптоматики. При обследовании через 1 месяц после операции эукортицизм без заместительной гормональной терапии, нормогликемия, нормокалиемия.

НАДЖЕЛУДОЧКОВАЯ ТАХИКАРДИЯ: ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ АФФЕРЕНТНЫХ ПРОВОДЯЩИХ ПУТЕЙ СПИННОГО МОЗГА

Ремнев А.Г., Фартуков А.В.
Санаторий «Барнаульский»,
г. Барнаул

Представления об анатомо-физиологических особенностях структур вегетативной нервной системы, участвующих в управлении деятельностью сердца постоянно расширяются, не смотря на большое количество проведенных предыдущих исследований. Вегетативная нервная система оказывает выраженное влияние на функциональное состояние сердца, например, частоту сердечных сокращений, сократимость, скорость внутрисердечного проведения. При сердечно-сосудистых заболеваниях отмечается выраженное ремоделирование как самого миокарда, так и функционального контроля миокарда со стороны вегетативной нервной системы. Сердце иннервируется вегетативной нервной системой, состоящей из симпатических и парасимпатических нервных проводников.

Цель исследования. Определить функциональное состояние афферентных проводящих путей спинного мозга при наджелудочковой тахикардии.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 56 больных с пароксизмальной наджелудочковой тахикардией (I47.1, МКБ 10). В возрасте от 42 до 64 лет (27 мужчин, женщин 29). Клиническая картина наджелудочковой тахикардии у больных была различна, от бессимптомного течения до выраженного, беспокоящего пациентов, сердцебиения. Функциональное состояние афферентных проводящих путей спинного мозга определяли при помощи диагностической низкочастотной магнитной стимуляции шейного и поясничного отделов спинного мозга и виде разработанного нами способа (Ремнев А.Г., Патент на изобретение РФ 2136328).

Результаты и обсуждение. Функциональное состояние афферентных проводящих путей спинного мозга характеризовалась скоростью распространения возбуждения по афферентным путям спинного мозга. Предварительными исследованиями большой группы практически здоровых пациентов были установлены показатели функционального состояния афферентных проводящих путей спинного мозга у здоровых в виде скорости распространения возбуждения – 89,8±1,3 м/с (M±m) (Ремнев А.Г., 2000). При исследовании группы больных, у 26 больных (46,4%) скорость распространения возбуждения по афферентным путям спинного мозга была снижена до 61,9±2,2 м/с, из них у 10 больных снижение скорости распространения возбуждения было двухсторонним. При осуществлении исследования (магнитная стимуляция) больные

чувствовали себя удовлетворительно, эпизоды тахикардии во время исследования не зарегистрированы. Жалоб, связанных с проведением исследования не предъявляли. Несмотря на достигнутый прогресс изучения участия вегетативной нервной системы в возникновении желудочковых тахикардий и внезапной сердечной смерти, сохраняются серьезные пробелы в нашем понимании влияния нейрогормональной активности на возникновение клинических желудочковых аритмий. Функциональное состояние афферентных проводящих путей спинного мозга при наджелудочковой тахикардии может быть нарушено, по нашим наблюдениям, в 46,4% случаев. Эти изменения были как односторонними, так и двусторонними. Скорость распространения возбуждения по афферентным проводящим путям спинного мозга может являться критерием функционального состояния афферентных проводящих путей спинного мозга. Изменение функционального состояния афферентных проводящих путей спинного мозга регистрируется не у всех больных пароксизмальной наджелудочковой тахикардии. Проведение дальнейших детальных исследований в этом направлении с анализом проведения возбуждения по афферентным путям при различных формах наджелудочковой тахикардии было бы целесообразным.

Выводы. Мы пришли к выводу, что у больных пароксизмальной наджелудочковой тахикардией происходит изменение функционального состояния афферентных проводящих путей спинного мозга. Это позволяет обсудить некоторые вопросы патогенеза кардиальной патологии (на примере тахикардии). Еще предстоит доказать, могут ли клинически значимые синдромы тахикардии иметь преимущественно функциональную основу. Органическая патология, независимо от того, проявляется она клинически или нет, вероятно, обеспечивает основу для активации воздействий на вегетативную нервную систему. Важно отметить, что при проведении аналогичных исследований необходимо учитывать наличие у больных кардиостимулятора. При наличии кардиостимулятора исследования (магнитная стимуляция) не проводятся.

САНАТОРНЫЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА СЕРДЦЕ И СОСУДАХ

Ремнев А.Г., Фартуков А.В.
Санаторий «Барнаульский»,
г. Барнаул

Проблемы, связанные с сердцем, не всегда требуют хирургического вмешательства. Иногда их можно решить с помощью изменения образа жизни, лекарств или нехирургических процедур. В тоже вре-

мя нарушения сердечного ритма распространены в послеоперационный период после хирургической реваскуляризации миокарда. Частота любого типа аритмии в послеоперационном периоде может достигать 85% (Kardic N., Osmanovic E., 2017). Большинство из этих нарушений ритма являются преходящими и кратковременными. В настоящее время существует много нерешенных вопросов, связанных с реабилитацией кардиохирургических пациентов. Реабилитация кардиохирургических пациентов фактически не успевают за успехами кардиохирургии она редуцирована, наблюдается выпадение ее этапов и/или их сроков (Барбараш О. Л. и др., 2017; Барбараш О. Л., Помешкина С. А., Артамонова Г.В., 2019).

Цель исследования. Определение неблагоприятных нарушений сердечного ритма у пациентов, перенесших реконструктивные операции на сердце и сосудах на санаторном этапе реабилитации и оказание неотложной медицинской помощи этим больным.

Материал и методы. Наблюдали 324 пациента после реконструктивных операций на сердце и сосудах: 167 – коронарное шунтирование (аортокоронарное шунтирование – АКШ, маммарокоронарное шунтирование – МКШ), 24 – пороки сердца (ПС), 133 – баллонная ангиопластика (БА) и коронарное стентирование (КС). Как правило, пациенты поступали в кардиологическое отделение санатория на 15 день после АКШ и ПС, на 7-10 день после БА и КС. Всем пациентам проводилась подобранная медикаментозная терапия, физическая и психологическая реабилитация по индивидуальной разработанной программе, физиолечение.

Результаты и обсуждение. У пациентов были выявлены неблагоприятные желудочковые нарушения ритма в 37 случаях (11,4%): наджелудочковые нарушения ритма, пароксизмы мерцательной аритмии, пароксизм трепетания предсердий, суправентрикулярная бигеминия, суправентрикулярная экстрасистолия. Лечение по неотложным показаниям проводилось в палате интенсивной терапии. Из медицинских препаратов наиболее эффективными оказались: амиодарон, который был эффективен и в лечении пароксизмальной мерцательной аритмии, при пароксизме мерцательной аритмии, метопролол (беталок) при пароксизмальной наджелудочковой тахикардии. Послеоперационные аритмии являются частыми осложнениями после операций на сердце. Их возникновение в послеоперационном периоде значительно влияет на продолжительность госпитализации и увеличивает общие затраты на лечение.

Выводы. Послеоперационные аритмии являются частыми осложнениями после кардиохирургических операций. По нашим данным, у пациентов на санаторном этапе реабилитации после оперативных вмешательств на сердце и сосудах прогностически неблагоприятные нарушения ритма могут встречаться в 11,4% случаев. Возникновение аритмий в послеоперационном периоде существенно влияет на продолжительность госпитализации и увеличивает общие затраты

на лечение. Антиаритмические препараты, такие как амиодарон, беталол, а также препараты калия (панангин), были эффективны при лечении нарушений ритма у 98% случаев. Перед восстановлением ритма целесообразно проводить внутривенное введение препаратов калия (капельно) с контролем калия в периферической крови. Необходимо дальнейшее развитие и внедрение комплексных программ реабилитации больным, перенесшим реконструктивные операции на сердце и сосудах в санаторно-курортных условиях. Непрерывное послеоперационное наблюдение за пациентами позволяет своевременно начать лечение при появлении нарушений сердечного ритма.

НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Репина Ю., Хващевская Г.М.
Белорусский государственный
медицинский университет,
Минск, Беларусь

Проблема ожирения носит глобальный характер, являясь важным фактором развития многочисленных осложнений, наиболее прогностически тяжелыми из которых являются заболевания сердечно-сосудистой системы.

Цель исследования. Провести анализ нарушений сердечного ритма у пациентов с сердечно-сосудистой патологией при повышенной массе тела и ожирении.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование были включены 117 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и артериальной гипертензией (АГ), в возрасте от 38 до 56 лет (средний возраст – 43,6 лет), получавших стационарное лечение в кардиологическом отделении «11 городской клинической больницы» города Минска. Всем пациентам были проведены физикальные, лабораторные и инструментальные исследования.

Результаты и обсуждение. В зависимости от индекса массы тела (ИМТ) пациенты были разделены на 3 группы: 1-ая группа с нормальным ИМТ (n=31), 2-ая группа – пациенты с повышенным ИМТ (n=46), 3-я группа – пациенты с ожирением (n=40). При анализе результатов ЭКГ и суточного мониторирования ЭКГ были выявлены следующие изменения: увеличение частоты сердечных сокращений (1-ая группа – 12%, 2-ая группа – 18%, 3-я группа – 26%); увеличение длительности комплекса QRS (1-ая группа – 8%, 2-ая группа – 17%, 3-я группа – 25%); изменение вольтажа QRS (1-ая группа – 6%, 2-ая группа – 14%, 3-я группа – 23%); удлинение интервала QT (1-ая группа – 11%, 2-ая

группа – 19%, 3-я группа – 28%); депрессия сегмента ST в V5-V6 (1-ая группа – 12%, 2-ая группа – 21%, 3-я группа – 25%); отклонение ЭОС влево (1-ая группа – 9%, 2-ая группа – 16%, 3-я группа – 22%). При сравнительном анализе нарушений ритма чаще всего встречались следующие нарушения: суправентрикулярная экстрасистолия (1-ая группа – 5%, 2-ая группа – 8%, 3-я группа – 12%); желудочковая экстрасистолия (1-ая группа – 2%, 2-ая группа – 6%, 3-я группа – 11%); фибрилляция предсердий (1-ая группа – 1%, 2-ая группа – 7%, 3-я группа – 12%); блокада левой ножки пучка Гиса (1-ая группа – 2%, 2-ая группа – 7%, 3-я группа – 9%); атриовентрикулярные блокады (1-ая группа – 1%, 2-ая группа – 3%, 3-я группа – 7%).

Выводы. На фоне имеющейся сердечно-сосудистой патологии у пациентов трех групп выявлены изменения показателей ЭКГ и суточного мониторирования ЭКГ. В меньшей степени они были выражены у пациентов с нормальным значением ИМТ, в большей степени – у пациентов с ожирением.

ОПТИЧЕСКАЯ КОГЕРЕНТНАЯ ТОМОГРАФИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Реснянская Е.Д., Евдокимов Д.С.,
Феокистова В.С., Болдуева С.А., Кочанов И.Н.
СЗГМУ им. И. И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Проанализировать результаты оптической когерентной томографии (ОКТ) у пациентов, госпитализированных с острым коронарным синдромом (ОКС).

Материал и методы. Было изучено 275 протоколов коронарографии, дополненной выполнением ОКТ пациентов (81 женщина, 194 мужчины, средний возраст обследованных – 60,4±12,4 лет), госпитализированных в клинику имени Петра Великого ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России. Коронарография проводилась на установках «Infinitix» компании «Toshiba» (Япония) и «Advantax 4.2» компании «General Electric» (США). ОКТ выполнялась на аппарате Light Lab St. Jude medical C7xR катетерами Dragonfly OPTIS. Коронарография и ОКТ выполнялись по стандартным методикам.

Результаты. Из 275 проанализированных пациентов только в 66 (24%) случаях была экстренная госпитализация в клинику с диагнозом направления ОКС с элевацией сегмента ST и без элевации сегмента ST, в остальных случаях ОКТ выполнялась в плановом порядке.

Среди пациентов с острой коронарной патологией было 15 (22,7%) женщин и 51 (77,3%) мужчины

(средний возраст пациентов – 54,1±14,1 лет). В структуре острой коронарной патологии распределение больных по диагнозу при поступлении было следующим: инфаркт миокарда с элевацией ST – 25 (37,9%) человек (21 мужчина и 4 женщины); инфаркт миокарда без элевации ST 16 (24,2%) человек (13 мужчин, 3 женщины); нестабильная стенокардия – 22 (33,3%) человека (15 мужчин, 7 женщин), а еще в 3 (4,6%) случаях (2 мужчин, 1 женщина) после выполнения КАГ, дополненной ОКТ диагноз ОКС был снят. Цель выполнения ОКТ в группе пациентов госпитализированных с ОКС в 38 (57,6%) случаях была диагностическая (оценка морфометрических изменений в коронарных артериях), а в 28 (42,4%) случаях ОКТ выполнялась после баллонной ангиопластики и стентирования для контроля процесс установки стента в коронарной артерии. Среди выявленных по данным ОКТ внутрикоронарных изменений были: атеросклеротические бляшки с выраженным фиброзным компонентом у 19 (28,8%) пациентов, атеросклеротические бляшки с тонкой покрывкой и крупным липидным ядром у 8 (12,1%) пациентов, кальцинированные узелки у 4 (6,0%) пациентов, эрозия атеросклеротической бляшки с тромбозом в 1 (1,5%) случае, спонтанная диссекция интимы у 14 (21,2%) пациентов, тромбы в просвете коронарных артерий у 6 (9,0%) пациентов, спазм во время проведения ОКТ у пациентов 2 (3,0%), эктазия коронарной артерии также в 1 (1,5%) случае.

Выводы. Оптическая когерентная томография является высокоинформативным методом диагностики морфометрических изменений коронарного русла у пациентов с ОКС. Дополнение КАГ выполнением ОКТ позволяет определить морфологическую структуру, механизм возникновения ОКС и дифференцированно подойти к выбору тактики лечения пациентов.

АНАЛИЗ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА

Родионова А.Ю., Макарова О.В., Столов С.В.

¹Федеральный научно-образовательный центр
медико-социальной экспертизы и реабилитации
им. Г.А. Альбрехта,

²Институт дополнительного
профессионального образования,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить клинико-экспертные параметры у больных после ортотопической трансплантации сердца, направленных в бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ).

Материалы и методы. Изучены данные «Направлений на медико-социальную экспертизу медицинской организацией» (форма N088/у) и актов ос-

видетельствования в бюро МСЭ у 20 больных после ортотопической трансплантации сердца.

Результаты. Возраст пациентов составил 27-64 года, средний возраст – 45,0±5,6 лет. Мужчин – 15 (75%) человек, женщин – 5 (25%). Наиболее частой причиной ортотопической трансплантации сердца была дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) – 18 (90,0%) больных. Другие причины включали ишемическую болезнь сердца (ИБС), ишемическую кардиомиопатию и постинфарктный кардиосклероз в 1 (5%) случае; еще у одного пациента (5%) имели место ИБС, постинфарктный кардиосклероз, до трансплантации сердца была выполнена коронарная ангиопластика, стентирование коронарной артерии. Длительность заболевания до операции была от 1 месяца до 5 лет, в среднем – 1,5 года. В послеоперационном периоде хроническая сердечная недостаточность (ХСН) определялась у 17 (85%) больных (I стадия – 8 (47,1%) человек, II стадия – 6 (52,9%) пациентов). Тяжелые пароксизмальные нарушения ритма сердца имели 8 (47,1%) пациентов, у трех больных был установлен кардиостимулятор, еще у трех больных выявлен гемодинамически значимый стеноз коронарных артерий. В течение 2-х лет после операции отмечены следующие жалобы: одышка (18 человек), общая слабость (14 пациентов), учащенное сердцебиение (8 человек), отеки голеней (5 человек), головная боль и нестабильность артериального давления (4 пациента), стенокардитические боли (3 случая). До ортотопической трансплантации сердца у всех больных была существенно снижена фракция выброса (ФВ) – 17-41% (среднее значение – 26%), после операции – 60-74% (среднее значение – 66%); степень отторжения трансплантата была 0-1а степени. Все больные после трансплантации сердца получали базисную терапию (такролимус, микофенолата мофетил, циклоспорин, метилпреднизолон, розувастатин и пр). Первично было освидетельствовано 6 пациентов (30%), повторно – 14 (70%). Выявлены выраженные и значительно выраженные нарушения функций сердечно-сосудистой, дыхательной систем, системы крови и иммунной системы. В 100% случаев определены ограничения жизнедеятельности в виде ограничения способности к самообслуживанию 1-3 степени, к самостоятельному передвижению 1-2 степени, к трудовой деятельности 2-3 степени. Ограничение способности к трудовой деятельности 3 степени, т.е. способность к выполнению элементарной трудовой деятельности со значительной помощью других лиц или невозможность (противопоказанность) ее осуществления в связи с имеющимися значительно выраженными нарушениями функций организма, установлено в 70% случаев (14 человек), что отражено в трудовом статусе – такое же количество пациентов не работали. Продолжали трудовую деятельность всего 6 пациентов (30%). При первом освидетельствовании все пациенты были признаны инвалидами I группы на 2 года с количественной оценкой нарушения функции иммунной системы 90-100% (приложение 1, п.9.5.1. приказа Минтруда России

№585н от 27.08.2019 «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы», далее – приказ 585 н), функция трансплантата во всех случаях была удовлетворительной, ХСН 0 или I стадии. При повторном освидетельствовании 6 человек (42,9%) были признаны инвалидами II группы (количественная оценка нарушений функций организма 70-80%, п.9.5.2.2 приказа 585н), 8 больным (57,1%) установлена I группа (количественная оценка 90-100%, п.9.5.2.3 приказа 585н) в связи с выраженными и значительно выраженными нарушениями функции сердечно-сосудистой системы: ХСН с низкой ФВ (7-21%), тяжелыми нарушениями ритма сердца, в том числе с необходимостью установки кардиостимулятора, высокой легочной гипертензией с систолическим давлением в легочной артерии до 45 мм рт.ст., что говорит о значительном ухудшении функции трансплантата.

Выводы. Трансплантация сердца позволяет увеличить выживаемость больных ДКМП с критической ХСН и необратимыми тяжелыми нарушениями ритма. Однако полной реабилитации после операции достичь не удается, что определяется в ряде случаев продолжающимся прогрессированием сердечно-сосудистой патологии и вовлечением в патологический процесс трансплантата. Ограничение способности к трудовой деятельности 3 степени устанавливается неоправданно часто и позволяет определять пациентам I группу инвалидности в тех случаях, когда функциональные показатели соответствуют только выраженным или умеренным нарушениям.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ ПОСТЛУЧЕВОГО ПЕРИКАРДИТА

Родионова О.А., Здоров А.Е.

Петрозаводский государственный университет,
г. Петрозаводск

Цель исследования. Описать клинический случай развития перикардита после лучевой терапии по поводу лимфогранулематоза.

Материалы и методы. Мужчина 37 лет обратился в 2011 году в связи с увеличением шейных, аксиллярных, над- и подключичных лимфатических узлов. Выполнена биопсия лимфатического узла, диагностирована лимфома Ходжкина, нодулярный склероз (Grade 1) III A стадии. Получал полихимиотерапию (ПХТ) по программе COPP-ABVD + 2 курса ABVD, а также лучевую терапию на средостение, надключичные и аксиллярные лимфатические узлы. Достигнута частичная ремиссия заболевания.

Через 2 года при обследовании в связи с прогрессированием заболевания по данным ПЭТ выполнялась высокодозная ПХТ с аутологичной трансплантацией

костного мозга на базе центральной клиники. Ремиссия достигнута, с этого времени лимфогранулематоз не рецидивировал.

В 2015 году работал в Африке, где в течение месяца в целях профилактики получал антималярийный препарат маларон (атоваквон 250 мг и прогуанил гидрохлорид 100 мг).

В 2017 году впервые отметил появление одышки при подъеме по лестнице, утомляемости, чувства переполнения в животе. В связи с развитием клинической картины хронической сердечной недостаточности (ХСН) 2Б стадии был госпитализирован в кардиологическое отделение, где при обследовании выявлен гидроперикард (расхождение листков перикарда до 23 мм по данным эхокардиоскопии). Выполнена пункция перикарда, эвакуировано 900 мл геморрагического экссудата, дренирована полость перикарда с отделяемым по дренажу до 100 мл в сутки с последующим уменьшением количества отделяемого. На 10 сутки дренаж удален. В дальнейшем перикардит не рецидивировал. После исключения специфического генеза выпота (отсутствие метаболической активности лимфогранулематоза по данным ПЭТ) перикардит трактовался как постлучевой. Назначена терапия по программе ХСН.

При выполнении СКТ органов грудной полости в данную госпитализацию выявлена тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии, назначалась терапия антикоагулянтами, редуцирована в связи с развитием тромбоцитопении. А также была диагностирована и нарастала аутоиммунная гемолитическая анемия, которая, несмотря на проводимое консервативное лечение преднизолоном и ритуксимабом, потребовала спленэктомии. В последующие госпитализации (в 2019 году) выявлялся правосторонний гидроторакс: онкопатология, рецидив лимфогранулематоза исключены. Эвакуировано 1,7 литра жидкости, лабораторно – экссудат (белок 37 г/л). Состояние было расценено как постлучевой плеврит.

В настоящее время у пациента по данным эхокардиоскопии (ЭХОКС) диастолическая дисфункция левого желудочка 3 степени. Снижение глобальной сократительной способности правого желудочка. Осмотрен кардиологом: постлучевой перикардит. Хроническая сердечная недостаточность с сохраненной систолической функцией 2 А стадии, достигнутый функциональный класс 2.

Результаты и обсуждение. У пациента, учитывая данные ЭХОКС и клиническую картину, возможно формирование вторичной (постлучевой) кардиомиопатии с развитием перикардита. При этом, в программу ПХТ входили такие препараты как доксорубицин и блеомицин, которые могут спровоцировать развитие перикардита, причем, согласно клиническим рекомендациям, чаще ассоциированы с вторичной кардиомиопатией, в том числе прямой перикардиопатией.

Выводы. Таким образом, у данного пациента наиболее вероятно развитие кардиомиопатии после высокодозной полихимиотерапии или после облучения средостения спустя 5 лет от момента вышеописанной терапии.

РОЛЬ АДАПТИВНОГО ГУМОРАЛЬНОГО ОТВЕТА В ПАТОГЕНЕЗЕ БОЛЕЗНИ КРОНА

Рубинштейн А.А.^{1,2}, Давыдов Д.А.¹

¹ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова,

²Институт экспериментальной медицины,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить роль В-лимфоцитов и фолликулярных Т-хелперов в иммунопатогенезе болезни Крона.

Материалы и методы. С применением методов проточной цитометрии периферическую кровь пациентов с болезнью Крона (БК) (n=14), и контрольную группу (n=21) анализировали с целью определения В-лимфоцитов и фолликулярных Т-хелперов (Tfh). Для выявления субпопуляций В-клеток использовалась панель антител: IgD-Alexa Fluor 488, CD38-PE, CD5-ECD, CD27-PC7, CD19-APC/Cy7 и CD45-Krome Orange. Для анализа субпопуляций Tfh применялась панель антител: CXCR3-AF488, CXCR5-PE/Dazzle™ 594, CCR4-PerCP/Cy5.5, CCR6-PE/Cy7, CD4-APC, CD3-APC/Cy7, CCR7-Brilliant Violet 421 и CD45RA-Brilliant Violet 510. Окрашивание антителами против IgD и CD27 позволяло выделить следующие субпопуляции В-клеток: «наивные» клетки с фенотипом IgD+CD27-, «unswitched» В-клетки памяти, еще не переключившие класс синтезируемых антител (IgD+CD27+), «switched» В-клетки памяти, переключившие класс синтезируемых антител (IgD-CD27+), плазмобласты (IgD-CD27++) и «дважды негативные» (DN) клетки покоящейся памяти (IgD-CD27-). Субпопуляции Tfh при окрашке антителами к хемокиновым рецепторам можно подразделить на: Tfh1(CXCR5+CXCR3+CCR6-CCR4+), Tfh2(CXCR5+CXCR3-CCR6-CCR4+), Tfh17(CXCR5+CXCR3-CCR6+CCR4+). Анализ образцов проводился при помощи цитометра Navios (Beckman Coulter, Inc., USA). Результаты обрабатывались с помощью программы Kaluza™ v.2.1 и Statistica 8.0. Различия между группами были оценены по критерию Манна-Уитни для двух независимых выборок, корреляционный анализ проводился с использованием коэффициента корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение. Было показано, что у больных достоверно повышался уровень «наивных» В-клеток (IgD+CD27-) в циркуляции (60,43±3,99% против 28,56±2,54% в контроле; p<0,001). Отмечалось также достоверное снижение «дважды негативных» В-клеток покоящейся памяти (IgD-CD27-) (4,93±0,74% против 9,13±0,87% в контроле; p=0,005), плазмобластов (IgD-CD27++) (0,19±0,14% против 1,55±0,60% в контроле; p<0,001) и «switched» В-клеток памяти (IgD-CD27+) (19,63±2,14% против 50,29±2,40% в контроле; p<0,001). При этом, достоверных различий между

циркулирующими «unswitched» В-клетками памяти (IgD+CD27+) между группами выявлено не было (p=0,337). Такие результаты могут свидетельствовать о миграции покоящихся В-клеток памяти, а также В-клеток памяти, переключивших класс синтезируемых антител, и плазмобластов в очаг воспаления. Повышение в периферической крови «наивных» В-лимфоцитов, еще не встречавшихся с антигеном, может рассматриваться в рамках компенсаторной реакции, вследствие миграции более зрелых форм в патологические очаги. При анализе субпопуляционного состава Tfh в циркуляции, было отмечено достоверное снижение всех субпопуляций этих клеток: Tfh1 (CXCR5+CXCR3+CCR6-CCR4+) (0,58±0,07% против 0,92±0,09% в контроле; p=0,044), Tfh2 (CXCR5+CXCR3-CCR6-CCR4+) (0,56±0,12% против 1,14±0,08% в контроле; p<0,001), Tfh17 (CXCR5+CXCR3-CCR6+CCR4+) (1,00±0,16% против 1,66±0,22% в контроле; p=0,002). Также, при корреляционном анализе между клеточными популяциями в группе пациентов с болезнью Крона отмечалась положительная корреляция между Tfh17 (CXCR5+CXCR3-CCR6+CCR4+) и В-клетками памяти, переключившими класс синтезируемых антител (IgD-CD27+) (r=0,829; p<0,001), и отрицательная корреляция между Tfh17 (CXCR5+CXCR3-CCR6+CCR4+) и «наивными» В-клетками (IgD+CD27-) (r=-0,631; p=0,016). Подобных результатов не было получено при проведении корреляционного анализа в контрольной группе. Также, не было отмечено каких-либо корреляций между другими подтипами Tfh и В-клеток у пациентов с болезнью Крона. Таким образом, можно предположить миграцию Tfh17 в очаг воспаления и их участие в переключении класса иммуноглобулинов В-клетками в сторону IgG и IgA в кишечно-ассоциированной лимфоидной ткани. Отрицательная корреляция между Tfh17 и «наивными» В-клетками подтверждает предположение об истощении пула последних за счет миграции более дифференцированных В-клеток в патологический очаг, что вызывает увеличение антиген-независимой пролиферации этих клеток в центральных органах иммунной системы.

Выводы. В-лимфоциты и фолликулярные Т-хелперы в патогенезе болезни Крона играют важную роль, что может подтверждаться повышением в сыворотке крови у таких пациентов антител против *Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) и нейтрофилов (ANCA). В совокупности наши результаты показывают дисрегуляцию В-клеточного ответа при данной патологии и предполагают перспективу прогнозирования исходов заболевания, основанную на выявлении различных клеточных субпопуляций. Также, выявление основных клеточных звеньев патогенеза болезни Крона открывает возможность создания различных моноклональных препаратов к определенной субпопуляции клеток. Однако, в контексте В-клеточной терапии, данный вопрос требует дальнейшего изучения.

РЕТИНОПАТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ: ВЧЕРА, СЕГОДНЯ И ЗАВТРА

Рукша Е.С., Койко А.В., Мартинкевич В.Е.

Гродненский государственный
медицинский университет,
г. Гродно, Беларусь

Цель исследования. Изучить частоту и динамику ретинопатии недоношенных за 9 лет, с 2014 по 2022 года, у детей г. Гродно и Гродненской области.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 129 карт стационарных пациентов. Это были недоношенные дети, которым проводилась лазерокоагуляция аваскулярных зон сетчатки.

Результаты и обсуждение. В ходе выполненной работы установлено, что количество детей, рожденных недоношенными, по г. Гродно и Гродненской области с 2014 по 2022 года колебалось от 2,79% до 3,50% от общего количества рожденных за год. За 9 лет родилось 1339 недоношенных, угрожаемых по РН (новорожденные с гестационным возрастом при рождении 34 недели и менее), из которых у 9,8±4,0% детей развилась тяжелая РН, и возникла необходимость в проведении операции лазерокоагуляция сетчатки.

Число случаев развития тяжелой ретинопатии недоношенных в период с 2014 по 2022 года колебалось от минимальных до максимальных значений и составил от 6,6% до 14,6%. Высокие показатели оперативного лечения РН были в период с 2017 по 2019 гг., самые низкие – в 2014 году. Начиная с 2020 года тяжелая РН выявлена у 8,8%±0,3% недоношенных и сохранялась на протяжении трех лет на одном уровне.

Для изучения частоты оперативного лечения РН в зависимости от степени недоношенности дети были разделены на 3 группы. Первую группу (I гр.) сформировали из недоношенных новорожденных с гестационным возрастом <30 недель, n=162, во вторую (II гр.), n=409, вошли дети с гестационным возрастом ≥30 и ≤32 недели, третью группу (III гр.), n=768, составили дети, рожденные с гестационным возрастом >32 недель и ≤34 недели.

В результате проведенного анализа установлено, что наибольшее количество детей, которым проведена лазерокоагуляция было в первой группе 60,0%. Число прооперированных новорожденных во II группе составило 29,5%, в III группе – 9,3%. Одному ребенку с гестационным возрастом больше 34 недель потребовалась лазерная коагуляция сетчатки (данный пациент не был включен в исследование).

Динамика оперативного лечения РН по годам в течение исследуемого периода имела следующие показатели: в I группе колебалась от 33,30% до 76,47%, во II группе – от 2,94% до 23,30% и в III группе – от 0,00% до 4,20%.

Среди детей, которым проводилась лазерокоагуляция сетчатки, пациенты из I группы составляли от 82,2% до 35,4%, II группы – 20,3% - 50,5% и в III группе – 0,0% – 18,4%. Только в 2016 году не было новорожденных из III группы, которым проводилась лазерокоагуляция сетчатки.

Выводы. Таким образом, анализ полученных данных показал: количество детей с тяжелой РН в период с 2014 по 2022 гг. менялось в широком диапазоне от 5,8% до 13,8%; статистически значимо чаще оперированы дети по поводу РН, рожденные ранее 30 недель гестации, по сравнению с недоношенными детьми другого гестационного возраста, p<0,05; высокий процент (29,5%) тяжелой РН был и в группе более зрелых новорожденных, с гестационным возрастом 30-32 недели. Наши исследования показали, что несмотря на внедрение высоких технологий в лечение и выхаживание недоношенных новорожденных проблема РН требует дальнейшего анализа факторов риска приводящих к поражению сетчатки у глубоко недоношенных и более зрелых новорожденных детей.

ОПЫТ УСПЕШНОЙ ТЕРАПИИ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

Русакова В.А., Волошинова Е.В.

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

Цель исследования. Оценить особенности течения и возможности современной комбинированной иммуносупрессивной терапии быстро прогрессирующего гломерулонефрита (БПГН) с двойной серопозитивностью на примере клинического случая.

Материалы и методы исследования. Представлено клиническое наблюдение пациентки 30 лет, выявленное в г. Саратове. Проведена оценка анамнеза, данных лабораторных, инструментальных, морфологических методов исследования, объективных данных.

Результаты и обсуждения. Пациентка Э., 30 лет, ранее здорова, в марте 2023 г. перенесла респираторную вирусную инфекцию легкого течения с признаками ринита и фарингита. В течение апреля 2023 г. появились и нарастали общая слабость, головокружение, тошнота, в конце апреля обратилась за медицинской помощью. По результатам физического обследования патологии не выявлено, АД 130/80 мм рт. ст., пульс 80 в минуту, диурез сохранен. При лабораторном исследовании крови гемоглобин 63 г/л, эритроциты 2,6×10¹²/л, лейкоциты 10,4×10⁹/л, ускорение СОЭ до 51 мм/час, креатинин 280 мкмоль/л, мочевины 10 ммоль/л, СРБ 113 мг/л. В моче протеинурия 0,3 г/л, лейкоциты 8-10, эритроциты 50-65 в поле зрения. Пациентка госпитализирована в не-

фрологическое отделение. УЗИ почек: размеры в норме, паренхима 19 мм, чашечно-лоханочная система не расширена. Дуплексное исследование почечных артерий: гемодинамически значимых стенозов нет. Диагноз геморрагической лихорадки с почечным синдромом серологически не подтвержден. Консультация гематолога: «Хроническая железодефицитная анемия тяжелой степени. Синдром ускорения СОЭ. Парпротеинемический гемобластоз»? По результатам исследования стернального пунктата костный мозг нормоклеточен. При рентгенографии черепа, бедренных костей, таза очагов деструкции не обнаружено. Таким образом парпротеинемический гемобластоз как причина анемии, почечной недостаточности был исключен. За три дня пребывания в стационаре отмечен прирост креатинина с 280 до 379 мкмоль/л. Клинически установлен диагноз БПГН. Согласно алгоритму ведения пациентов с БПГН, проведена пульс терапия метилпреднизолоном (МП) в суммарной дозе 3 г и циклофосфамидом (ЦФ) 1 г. Однако уровень креатинина в течение 10 дней повысился до 558 мкмоль/л, мочевины до 22 ммоль/л. Выполнены исследования для уточнения патогенетического типа БПГН: антитела к гломерулярной базальной мембране (ГБМ) IgG 120,16 Ед/мл (норма до 20 Ед/мл), положительный результат на антинейтрофильные цитоплазматические антитела (АНЦА). Выполнена диагностическая нефробиопсия. Результаты нефробиопсии: в препарате 24 клубочка, 6 из которых полностью склерозированы, в 4 из этих клубочков капиллярные петли и капсула Боумена полностью разрушены. Оставшиеся клубочки увеличены в размерах, в 16 определяются массивные циркулярные фиброзно-клеточные полулуния. При иммунофлюоресценции линейное свечение IgG в части клубочков. Заключение. Экстракапиллярный гломерулонефрит (ЭКГН) с 88% преимущественно циркулярных фиброзно-клеточных полулуний. Данная морфологическая картина наиболее характерна для анти-ГБМ нефрита, нельзя также исключить ЭКГН с двойной серопозитивностью (ANCA-ассоциированный васкулит + анти-ГБМ нефрит). Таким образом, с учетом данных нефробиопсии, наличия АНЦА и антител к ГБМ в крови, установлен диагноз «Быстропрогрессирующий гломерулонефрит с двойной серопозитивностью (анти-ГБМ-нефрит, ANCA-позитивный)». Проведены процедуры плазмафереза общим объемом 2400 мл, продолжено введение ЦФ, МП в режиме пульс терапии. На фоне проведенной терапии отмечалось снижение креатинина до 368 мкмоль/л, мочевины до 19 ммоль/л. Пациентка выписана на амбулаторный этап, рекомендовано постепенное снижение дозы ГКС, прием препаратов железа, введение эритропоэтина, бисептол для профилактики пневмоцистной пневмонии. В дальнейшем продолжались ежемесячные введения ЦФ в суммарной дозе 5 г. Через пять месяцев от начала инициальной терапии была достигнута ремиссия нефрита. В связи с АНЦА-позитивностью назначена поддерживающая терапия азатиоприном 100 мг/сутки, доза МП снижена до 8 мг/

сутки. В настоящее время у пациентки сохраняется стабильный уровень креатинина 150-160 мкмоль/л, мочевины 4,5-5,5 ммоль/л, антитела к ГБМ отрицательные.

Заключение. Следование современным алгоритмам терапии БПГН, включающие в том числе механическую иммуносупрессию, позволяет достигнуть успеха при таком тяжелом варианте, каким является анти-ГБМ-нефрит. Особенность представленного наблюдения заключается в том, что несмотря на редуцированный объем эксфузии при плазмаферезе, наблюдался достаточно быстрый отчетливый положительный эффект что обусловлено своевременной диагностикой, адекватной и своевременно начатой терапией.

РОЛЬ АНТИТЕЛ К ФЕРМЕНТАМ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ В РАЗВИТИИ АНЕМИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Русанова О.А.¹, Емельянова О.И.¹, Спицина С.С.²,
Емельянов Н.И.², Трофименко А.С.

¹НИИ клинической и экспериментальной ревматологии им. А.Б. Зборовского,
²Волгоградский государственный
медицинский университет,
г. Волгоград

Согласно данным литературы, анемия развивается у 30-70% больных РА. В патогенезе анемии при РА играют роль различные механизмы, в том числе образование антител к ферментам антиоксидантной системы (АОС). В последнее время пристальное внимание уделяют участию активных форм кислорода (АФК), продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) в развитии ревматоидного артрита. Недостаточность антиоксидантной защиты при РА, выражающаяся в накоплении вторичных продуктов свободнорадикальных реакций может быть связана с образованием антител к ферментам этой системы. К ферментам, обладающим антиоксидантным действием, относятся марганец-медьсодержащий фермент – супероксиддисмутаза (СОД), каталаза (КАТ) и др. Остановимся на примере СОД и КАТ, которые в результате наших исследований подтвердили свою роль в развитии анемии при РА. Учитывая характерные иммунологические нарушения, наблюдаемые при РА, можно предположить, что снижение активности этих ферментов происходит как в результате участия их в дезактивации АФК, так и вследствие гиперпродукции антител к этим ферментам.

Цель исследования. Выявление роли антител к СОД, КАТ в крови больных ревматоидным артритом в патогенезе анемии заболевания.

Материалы и методы. Исследовалась сыворотка 30 доноров, 96 больных ревматоидным артритом

(РА) с достоверным диагнозом РА, поставленным на основании критериев ACR (2010 ELUAR). В качестве антигенов использовались коммерческие препараты: СОД из эритроцитов человека производства НПО «Биопрепарат» с активностью 30 Ед/мг, КАТ – производства НПО «РЕАХИМ» серия 186-68 с активностью 380 Ед/мг. Антитела к ферментам определяли иммуноферментным методом при фиксации антигена в магнитоуправляемых сорбентах по методу Гонтаря. Результаты выражали в единицах оптической плотности (е.о.п.).

Результаты. В сыворотках больных РА обнаружены повышенные значения уровня антител к СОД ($0,134 \pm 0,006$, в контрольной группе (здоровые лица) – $0,06 \pm 0,003$, $p < 0,001$). Выявлена статистически значимая зависимость между уровнем антител к ферментам и активностью заболевания (АТ к СОД при I ст. активности – $0,098 \pm 0,013$, при II – $0,136 \pm 0,006$, при III $0,226 \pm 0,041$; АТ к КАТ при I ст. активности – $8,82 \pm 0,43$, при II – $11,86 \pm 0,51$, при III – $14,64 \pm 1,02$ $p < 0,001$). Об участии антител к ферментам – антиоксидантам в патогенезе анемии у больных РА говорит выявленная статистически значимая обратная корреляционная зависимость между уровнем антител и величиной гемоглобина, а также количеством эритроцитов в крови больных. Было выявлено увеличение уровня антител к этим ферментам по мере падения уровня гемоглобина и числа эритроцитов в крови, то есть выраженности анемии.

Выводы. Таким образом, антитела к СОД и КАТ могут служить патогенетическим критерием развития анемии при РА.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА РЕАБИЛИТАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕХНОЛОГИЙ ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ И РОБОТИЗИРОВАННОГО ТРЕНИНГА С БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗЬЮ В УЛУЧШЕНИИ ФУНКЦИИ ХОДЬБЫ У ПАЦИЕНТОВ С КОКСАРТРОЗОМ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Рябков Е.Н., Марченкова Л.А.

Национальный медицинский исследовательский
центр реабилитации и курортологии,
Москва

Актуальность темы исследования. Остеоартрит – самая распространенная форма поражения суставов, вызывающая ухудшение качества жизни, особенно у пожилых людей. Остеоартритом болеет примерно 7%

населения, и при этом заболеваемость остеоартритом резко увеличивается с возрастом, достигая трети населения в пожилом и старческом возрастах. Так, остеоартроз встречается у 2% населения моложе 45 лет и уже у 63-85% старше 65 лет (Rebecca J., 2007). У пациентов с тяжелыми формами коксартроза (4 стадия по классификации Kellgren J.H., Lawrence J.S.) консервативные методы лечения неэффективны и даже могут усиливать боль и функциональные ограничения. Основным методом лечения коксартроза на этой стадии является эндопротезирование. Для быстрого восстановления двигательной функции и функциональности сустава у пациентов с коксартрозом после эндопротезирования тазобедренного сустава, на этапе реабилитации необходимо применение активных методов физической терапии, в том числе виртуальной реальности и роботизированной механотерапии. Однако, учитывая частую сопутствующую соматическую патологию у данных пациентов, необходима оценка не только эффективности, но и безопасности этих методов реабилитации.

Цель исследования. Оценить влияние на функцию передвижения и биомеханику ходьбы, а также безопасность нового метода реабилитации с включением технологий виртуальной реальности и роботизированного тренинга с биологической обратной связью у пациентов с коксартрозом, после эндопротезирования тазобедренного сустава.

Материал и методы. Исследуемую выборку составили 80 мужчин и женщин в возрасте от 60 до 85 лет, с коксартрозом 3 стадии по классификации Косинской Н.С. и Рохлина Д.Г. (4 стадия по классификации Kellgren J.H., Lawrence J.S.) в период от 5 до 30 недель после операции эндопротезирования тазобедренного сустава, которые были рандомизированы в 2 группы: основную и контрольную. Пациенты основной группы ($n=40$) получали новый комплекс реабилитации, включающий:

1. роботизированную механотерапию на тренажере с биологической обратной связью №10;
2. роботизированную механотерапию на интерактивной сенсорной беговой дорожке – эргометре №10;
3. тренировки на реабилитационной интерактивной безмаркерной системе, обеспечивающая полное погружение в виртуальную реальность №10;
4. занятия на циклических тренажерах №10;
5. специальный комплекс лечебной гимнастики в зале №10;
- 6) лазерную терапию низкоинтенсивным лазерным излучением на область оперированного тазобедренного сустава №10.

Курс реабилитации для контрольной группы ($n=40$) включал только методы 4, 5 и 6. Комплекс обследований включал: оценку интенсивности болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), оценку биомеханики и скорости ходьбы на сенсорной беговой дорожке – эргометре C-Mill, оценку функции передвижения с помощью функциональных тестов.

Результаты и обсуждение. Хотя в контрольной группе на фоне реабилитации отмечалась тенденция к уменьшению болевого синдрома на 23,1% по ВАШ, изменения не были статистически значимы ($p=0,095$). В основной группе выявлено снижение уровня боли по ВАШ на 41,7% ($p=0,023$ по сравнению с исходным уровнем, $p=0,047$ по сравнению с контрольной группой). По данным тестирования на беговой дорожке-эргометре «С-mill», после завершения реабилитации в основной группе отмечено повышение скорости ходьбы (на 20,5%, $p=0,028$) и уменьшение ширины шага (на 8,2%, $p=0,048$), что свидетельствует о восстановлении физиологического паттерна ходьбы. Также у пациентов основной группы выявлено уменьшение времени выполнения теста «Встань и иди» с 15,6 [10,1; 16,4] до 13,2 [8,8; 13,0] сек ($p=0,043$) и повышение скорости ходьбы по данным десятиметрового теста с 0,71 [0,5; 1,0] до 0,88 [0,8; 1,3] м/сек ($p=0,039$), что указывает на значимое улучшение функциональности и функции передвижения у пациентов. Существенных изменений показателей скорости и биомеханики ходьбы в контрольной группе не было ($p>0,05$).

Исследуемый метод реабилитации продемонстрировал хороший профиль безопасности. Нежелательные явления в виде общей слабости и усталости, связанных с выполнением физических упражнений, зарегистрированы у 22,5% (9/40) пациентов основной группы и 25,0% (10/40) ($\chi^2=0,07$, $p=0,7928$). Переломов или других значимых нежелательных явлений в процессе реабилитации не зарегистрировано ни у одного пациента.

Вывод. Новый комплекс реабилитации, включающий методы механотерапии с биологической обратной связью и виртуальной реальности может быть рекомендован для быстрого восстановления двигательной функции и биомеханики ходьбы после эндопротезирования тазобедренного сустава у пациентов с коксартрозом.

ДИЗАВТОНОМИЯ КАК МЕХАНИЗМ ПАТОГЕНЕЗА ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА И СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ: ВОЗМОЖНОСТЬ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ АСТЕНИИ И ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ МИШЕНЬ ТЕРАПИИ

Рябкова В.А.^{1,2}, Рубинский А.В.², Марченко В.Н.², Трофимов В.И.², Чурилов Л.П.³

¹Санкт-Петербургский государственный университет,

²ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова,

³Санкт-Петербургский государственный университет,

Санкт-Петербург

Введение. В зарубежных публикациях последних трех лет широко освещаются вопросы патогенеза

постковидного синдрома (ПКС), его сходства с мигрирующим энцефаломиелитом/синдромом хронической усталости (МЭ/СХУ, англ. ME/CFS) и дисавтономии (дисфункции вегетативной нервной системы) как важного механизма патогенеза обоих состояний [1]. Оценка вариабельности сердечного ритма и артериального давления, барорефлекторной регуляции представляют собой методы инструментальной диагностики нарушений со стороны вегетативной нервной системы.

Цель исследования. Оценка состояния вегетативной регуляции и барорефлекторной функции у больных ПКС и больных МЭ/СХУ в сравнении со здоровыми лицами на основании анализа ряда показателей спиреокардиокардиографии (САКР) в покое и в функциональных пробах с фиксированной частотой дыхания.

Материалы и методы. Исследование вариабельности сердечного ритма (ВСР), вариабельности артериального давления и расчет показателей барорефлекторной регуляции были проведены 29 пациентам с ПКС, 34 пациентам, соответствующим диагностическим критериям МЭ/СХУ, у которых появление симптомов не было связано с перенесенной НКИ COVID-19, и 32 практически здоровым лицам (ЗД). Оценка выраженности астенического синдрома проводилась на основании опросника MFI-20, выраженности депрессивной и тревожной симптоматики – на основании шкалы HADS.

Исследование проводилось на компьютеризированном комплексе «Спироартериокардиограф-01» (САКР, производства ООО «ИНТОКС» (Россия)) и включало синхронную регистрацию ЭКГ, АД и спирометрии в покое в течение 5 минут, а также во время проведения проб с фиксированной частотой дыхания (12 дыханий в минуту и 6 дыханий в минуту) по 2 минуты. Изучались спектральные показатели вариабельности сердечного ритма (ВСР), систолического и диастолического артериального давления (ВСАД и ВДАД); на основе синхронной регистрации ЭКГ и АД при каждом ударе сердца («beat to beat») проведен расчет показателей барорефлекторной регуляции. Статистическую обработку данных проводили с использованием непараметрического критерия Краскела-Уоллиса с post-hoc анализом Дана; рангового коэффициента корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение. У больных МЭ/СХУ во время записи в покое отмечено достоверное по сравнению со ЗД снижение мощности колебаний сердечного ритма во всех диапазонах (VLFSP, $p<0,001$; LFSP, $p<0,001$; HFSP, $p<0,001$), что привело к значительному снижению общей мощности спектра колебаний (TPSP, $p=0,001$). Аналогичные изменения зафиксированы в группе больных ПКС (VLFSP, $p=0,017$; LFSP, $p=0,038$; HFSP, $p=0,012$; TPSP, $p=0,008$). Наиболее значительное снижение (на 78,3% и 52,4% в группах МЭ/СХУ и ПКС соответственно) отмечено в диапазоне HF, который принято считать вагусной частью спектра. При проведении пробы 12 дыханий/минуту для больных МЭ/СХУ и ПКС были характерны более высокие показатели ВСАД в диапазоне LF по сравнению с ЗД, что свидетельствует о повышенной вазомо-

торной симпатической активности в данных группах. Полученные данные служат объективным доказательством наличия выраженной дизавтономии у больных МЭ/СХУ и ПКС. При проведении проб с фиксированной частотой дыхания выявлена корреляция степени снижения показателей ВСР и ВСАД с астеническим синдромом (общая астения и физическая астения), но не с депрессией/тревогой в группах МЭ/СХУ и ПКС, что свидетельствует в пользу патогенетической роли дизавтономии при данных состояниях. При проведении пробы 6 дыханий/минуту исчезали различия между ПКС и ЗД в отношении всех параметров ВСР, что может быть интерпретировано как нормализация функции вегетативной нервной системы в группе ПКС при медленном дыхании с частотой 6/минуту, известной как «резонансная частота», при которой, по данным литературы, наблюдается максимальная активность парасимпатической нервной системы [2]. При оценке барорефлекторной регуляции было установлено, что больные с МЭ/СХУ имеют достоверно более низкие значения чувствительности барорефлекса (BRS) чем ЗД во всех диапазонах частот как при спонтанном дыхании, так и при дыхании с частотой 6 и 12/минуту. Больные с ПКС при дыхании со спонтанной частотой также имели достоверно более низкие значения BRS чем ЗД в диапазонах LF и HF, однако при дыхании с частотой 6 или 12/минуту более низкие значения сохранялись только в диапазоне LF, что может говорить в пользу меньшей степени повреждения барорецепторного механизма регуляции гемодинамики в группе ПКС и положительного эффекта дыхания со сниженной частотой на восстановление данного механизма. В группе МЭ/СХУ выраженность снижения BRS также коррелировала с выраженностью общей астении.

Выводы. Оценка ВСР, ВСАД и ВДАД подтверждает наличие выраженной дизавтономии у больных МЭ/СХУ и ПКС, характеризующейся идентичным паттерном (абсолютная недостаточность парасимпатического звена вегетативной регуляции, повышенная вазомоторная симпатическая активность, недостаточность барорефлекторной регуляции). Выраженность указанных изменений коррелирует с выраженностью астенического синдрома, но не с депрессией/тревожностью, что соответствует независимости астенического синдрома при МЭ/СХУ и ПКС от аффективных нарушений и позволяет предполагать роль дизавтономии как патофизиологического механизма развития астении при данных состояниях. В то же время в группе ПКС нарушения являются менее стойкими и уменьшаются при применении дыхательной техники, связанной с активацией парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, что позволяет рассматривать дизавтономию как терапевтическую мишень при МЭ/СХУ и ПКС.

Исследование выполнено за счет гранта Российского Научного Фонда РФ № 22-15-00113 от 13.05.2022, <https://rscf.ru/project/22-15-00113/>.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Сабиров Д.М.¹, Росстальная А.Л.¹,
Тахиров А.У.², Дадаев Х.Х.²

¹Центр развития профессиональной квалификации
медицинских работников,
²Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан

В настоящее время отмечается значительный рост травматизма, имеющего многообразные причины. В мире ежегодно от травм гибнет свыше 5 млн. человек. По данным ВОЗ от 2009 г., дорожно-транспортный травматизм занимает лидирующее место в ряду причин общей смертности населения в группе лиц моложе 29 лет и третье место в возрасте от 30 до 44 лет. В США травматические повреждения стоят на первом месте как причина смерти в возрастной группе до 35 лет. Несмотря на достигнутые в последние годы, определенные достижения в оказании помощи данному контингенту пациентов, летальность среди них достигает 90%. При этом решение задач обеспечения биооптимизации уровня развертывания срочных и долговременных компенсаторных процессов системы внешнего дыхания и гемодинамики определяет в значительной степени исход травматической болезни.

В связи с чем, целью исследования явилось улучшение результатов пострадавших при сочетании тяжелой черепно-мозговой травмы с нарушением каркаса грудной клетки, путем совершенствования респираторной поддержки учитывая индивидуальные особенности развертывания компенсаторных процессов.

Материал и методы. Нами был проведен анализ 61 пациента с сочетанной тяжелой черепно-мозговой травмой в сочетании с нарушением каркаса грудной клетки за период с 2020 по 2023 гг. находившихся в нейрореанимации РНЦЭМП. Средний возраст пострадавших составил 33±8 лет, из них 89% составили мужчины и 11% женщины. Шок при поступлении в отделение реанимации отмечался у 71% пострадавших. Тяжесть состояния по АРАСНЕ II на момент поступления в реанимационное отделение в среднем составила 21±0,9. Среднее количество сломанных ребер у одного больного 7±0,6. Двусторонние повреждения ребер у 27%. Тяжесть повреждения легких по Митгау при поступлении >2,5.

Все больные после операции поступали в реанимационное отделение для дальнейшего лечения и наблюдения. Всем больным проводилась фиксация ребер при помощи пластины. В дальнейшем в отделении больные были разделены на 2 группы в зависимости от способа вентиляции. В первую группу вошло 30 больных, которым ИВЛ проводили в режиме SIMV VC, во вторую группу были включены 31 больных, которым ИВЛ проводили вентиляцию в комбинации режимов SIMV VC и sHFJV. Полученные данные регистрировали непосред-

ственно в период проведения ИВЛ, через 10-15 мин с момента поступления в реанимационное отделение, через 6-12-24 часа и в последующем каждые сутки.

Результаты и обсуждение. Проводя анализ данных до и после проведения респираторной поддержки можно сказать, что в первые сутки нахождения в реанимационном отделении тяжесть состояния больных оценивалась как тяжелое. Значения параметров в режиме SIMV VC: АДсис, мм рт.ст. – $130 \pm 3,5$; АДдиас, мм рт.ст. – $78 \pm 2,2$; PaO₂/FiO₂, мм рт.ст. – $198 \pm 1,4$; SaO₂,% – $90 \pm 1,2$; Qs/Qt,% – $21,1 \pm 1,9$; ЧСС, в мин – $76 \pm 4,5$; СИ, л/мин/м² – $3,2 \pm 0,7$; С, мл/см H₂O – $42,8 \pm 3,2$; PaO₂, мм рт.ст. – $59 \pm 1,1$; PaCO₂, мм рт.ст. – $37 \pm 1,7$; а в режиме режимов SIMV VC и sHFJV – АДсис, мм рт.ст. – $121 \pm 3,7$; АДдиас, мм рт.ст. – $75 \pm 3,1$; PaO₂/FiO₂, мм рт.ст. – $121 \pm 11,5$; SaO₂,% – $97 \pm 1,2$; Qs/Qt,% – $16 \pm 1,4$; ЧСС, в мин – $68 \pm 3,8$; СИ, л/мин/м² – $3,6 \pm 1,3$; С, мл/см H₂O – $67 \pm 2,3$; PaO₂, мм рт.ст. – $106 \pm 1,3$; PaCO₂, мм рт.ст. – $39,4 \pm 1,5$. По показателям из КОС можно увидеть достоверное улучшение газов крови, сатурации и снижение шунта у больных, которым проводили вспомогательную вентиляцию легких при сочетании режимов SIMV VC с sHFJV.

Продолжительность респираторной поддержки составила $6,1 \pm 1,4$ суток, это значительно меньше, чем у больных, находящихся на ИВЛ в 1-ой группе – $14,9 \pm 2,4$ суток ($p < 0,01$). Подобным образом различалась и длительность пребывания в реанимационном отделении, так в основной группе $12,8 \pm 1,6$ суток, чем в контрольной группе – $20,8 \pm 1,6$ суток ($p < 0,01$).

Выводы. Применение режима SIMV VC: у больных с сочетанной травмой и нарушением каркаса грудной клетки, также легких на фоне их ушиба улучшает оксигенацию и параметры внешнего дыхания, но оказывает отрицательное влияние на показатели гемодинамики и газов крови, которое удлиняет пребывание больных на ИВЛ, и соответственно в отделении реанимации. При применении сочетания режимов SIMV VC с sHFJV, включение спонтанного дыхания больного улучшает показатели внешнего дыхания, гемодинамики и газов крови, что в последующем снизило процент присоединения пневмонии на 26% и соответственно снизило время пребывания в стационаре в среднем на 3-5 дней.

МЕСТО ТУЧНЫХ КЛЕТОК В ПАТОГЕНЕЗЕ COVID-19: КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Савушкина И.А., Овсянников Е.С., Алексеева Н.Г.
Воронежский государственный медицинский
университет им. Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Новая коронавирусная инфекция (НКИ)
COVID-19 (COronaVirus Disease 2019) поставила перед

наукой сложные задачи. Изучение патогенеза для поиска новых методов лечения по-прежнему актуально. Функциональная значимость тучных клеток (ТК) и их специфических протеаз в организме человека делает их важным объектом для исследования, в том числе в аспекте участия в поражении легких при COVID-19.

Цель исследования. Определение роли ТК и их протеаз химазы и триптазы в патогенезе поражения легких у пациентов с COVID-19.

Материалы и методы. В исследование включены 55 пациентов: 29 мужчин (53%) и 26 женщин (47%) средним возрастом 67 [62;71] лет, с установленным диагнозом: НКИ COVID-19, подтвержденная методом полимеразной цепной реакции, внебольничная двусторонняя полисегментарная пневмония, острый респираторный дистресс-синдром, госпитализированные в БУЗ ВО «ВГКБСМП №1» и БУЗ ВО ВОКБ №1 с сентября 2021г. по июнь 2022г. и умершие от COVID-19. Критериями исключения были: наличие других инфекционных заболеваний легких, хронических заболеваний дыхательной системы, тромбоэмболии легочной артерии, онкологических, в том числе онкогематологических, заболеваний, хронической сердечной недостаточности выше IIА стадии по Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко, гидроторакса, хронической болезни почек выше С2 стадии, гепатита, цирроза печени, сахарного диабета 1 и 2 типов, курения в анамнезе.

Контрольная группа представлена 30 лицами (16 мужского пола (53%) и 14 женского (47%)), средним возрастом 64,5 [58;70] лет, умершими от внешних причин. Основная и контрольная группы достоверно не отличались по полу, возрасту и сопутствующим заболеваниям.

После смерти производился забор репрезентативного участка легочной паренхимы с изготовлением срезов и иммуногистохимическим окрашиванием с помощью первичных мышиных антител Anti-Mast Cell Tryptase antibody (клон AA1, #ab2378, разведение 1:4000) и Anti-Mast Cell Chymase antibody (#ab233103, разведение 1:1000). В качестве вторичных применяли козы антикроличьи антитела #AS-R1-HRP. ТК подсчитывали на объективе микроскопа $\times 40$ с анализом 50 полей зрения, с подсчетом химаза- и триптаза- позитивных ТК, распределенных по наличию дегрануляции.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statgraphics Centurion XV. Достоверность различий основной и контрольной групп оценивалась по критерию Манна-Уитни, корреляционный анализ с использованием коэффициента корреляции Спирмена. Достоверны различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В аутопсийном материале легких пациентов с COVID-19 в сравнении с контролем обнаружено статистически значимо большее абсолютное содержание триптаза-позитивных ТК: одиночных недегранулирующих ($p < 0,001$), совместно прилежащих недегранулирующих ($p < 0,001$) и общее количество триптаза-позитивных ТК ($p = 0,033$). Относительное (в %) содержание одиночных дегранулирующих

триптаза-позитивных ($p < 0,001$), совместно прилежащих дегранулирующих триптаза-позитивных ($p < 0,001$) и фрагментов ($p < 0,001$) статистически значимо ниже в основной группе. Представительство триптаза-позитивных ТК в легких пациентов с COVID-19 оказалось выше, чем в контроле, а дегрануляционная активность ниже, что подтверждает большее содержание недегранулирующих триптаза-позитивных ТК и меньшее дегранулирующих и фрагментов как продукта дегрануляции.

Представительство химаза-позитивных ТК в основной группе ниже. Обнаружено меньшее содержание химаза-позитивных ТК: одиночных недегранулирующих ($p < 0,001$) и дегранулирующих ($p = 0,048$), общее количество одиночных ($p = 0,034$), а также фрагментов ($p < 0,001$) и общее число химаза-позитивных ($p = 0,013$).

Средняя продолжительность заболевания у пациентов с COVID-19 составила 15 [12; 22,5] дней, а госпитализации 9 [5; 14,5] дней. Содержание (в %) одиночных триптаза-позитивных ТК отрицательно коррелирует с продолжительностями заболевания и госпитализации ($p = 0,015$, $r = -0,327$ и $p = 0,006$, $r = -0,368$, соответственно). Количество (в %) фрагментов триптаза-позитивных ТК положительно коррелирует с продолжительностью госпитализации ($p = 0,007$, $r = 0,357$). Содержание (в %) совместно прилежащих недегранулирующих триптаза-позитивных ТК положительно коррелирует с продолжительностями заболевания и госпитализации ($p = 0,02$, $r = 0,312$ и $p = 0,016$, $r = 0,324$, соответственно).

Выводы. Таким образом, химаза-позитивные ТК в легких пациентов с COVID-19 представлены меньше, чем в контроле. Содержание триптаза-позитивных ТК в легких пациентов с COVID-19 значимо выше, чем в контроле, однако дегрануляционная активность ниже, что может быть как изначальным феноменом, так и следствием истощения процессов дегрануляции по мере течения заболевания, учитывая установленные связи с длительностью заболевания. Так как гистологический образец отражает морфологическую картину в момент времени, проведение прижизненных биопсий в динамике могло бы прояснить картину и является перспективным направлением для исследований.

РОЛЬ ТУЧНЫХ КЛЕТОК В ПОРАЖЕНИИ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19: ВОПРОСЫ КОМОРБИДНОСТИ

Савушкина И.А., Овсянников Е.С., Алексеева Н.Г.
Воронежский государственный медицинский
университет им. Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Коморбидность представляет собой одну из сложнейших проблем медицины, и пандемия COVID-19 (COronaVirus Disease 2019) снова доказала

это. Известно, что тучные клетки (ТК) являются важными участниками поражения легких при COVID-19. Кроме того, они вовлечены в развитие аллергических реакций, воспалительного ответа, злокачественных новообразований, сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний органов дыхания и т.д. В связи с этим, актуальной становится оценка представительства ТК в легких пациентов с COVID-19 в сочетании с сопутствующими патологиями.

Цель исследования. Оценка представительства и дегрануляционной активности ТК в ткани легких у коморбидных пациентов с COVID-19.

Материалы и методы. В исследование включены 55 пациентов средним возрастом 67 [62; 71] лет: 29 мужчин (53%) и 26 женщин (47%) с установленным диагнозом: НКИ COVID-19, подтвержденная методом полимеразной цепной реакции, внебольничная двусторонняя полисегментарная пневмония, острый респираторный дистресс-синдром, госпитализированные в БУЗ ВО «ВГКБСМП №1» и БУЗ ВО ВОКБ №1 с сентября 2021 г. по июнь 2022 г. и умершие от COVID-19. Критерия исключения: наличие других инфекционных заболеваний легких, хронических заболеваний дыхательной системы, онкологических, в том числе онкогематологических, заболеваний, тромбозов легочной артерии, хронической сердечной недостаточности выше IIА стадии по Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко, гидроторакса, хронической болезни почек выше С2 стадии, гепатита, цирроза печени, сахарного диабета 1 и 2 типов, курения в анамнезе. После смерти производился забор репрезентативного участка легочной паренхимы с изготовлением срезов и иммуногистохимическим окрашиванием с помощью первичных мышиных антител Anti-Mast Cell Tryptase antibody (клон AA1, #ab2378, разведение 1:4000) и Anti-Mast Cell Chymase antibody (#ab233103, разведение 1:1000). В качестве вторичных применяли козы антикроличьи антитела #AS-R1-HRP. ТК подсчитывали на объективе микроскопа $\times 40$ с анализом 50 полей зрения, с подсчетом химаза- и триптаза-позитивных ТК, распределенных по наличию дегрануляции. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statgraphics Centurion XV. Корреляционный анализ производился с использованием коэффициента корреляции Спирмена. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. У пациентов обнаружены следующие установленные сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь (ГБ) – 82% (45 человек); ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 11% (6 человек); перенесенный ранее ишемический инсульт – 18% (10 человек); хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – 27% (15 человек), из них: I стадия по Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко – 11% (6 человек), IIА стадия – 16% (9 человек); ожирение – 25% (14 человек); хроническая болезнь почек (ХБП) (С1-С2 стадии) – 20% (11 человек).

Установлены связи для показателей ТК с сопутствующими заболеваниями. Наличие ХСН положи-

тельно коррелирует с содержанием триптаза – ($p < 0,05$, $r = 0,318$) и химаза-позитивных ТК ($p < 0,05$, $r = 0,415$), одиночных триптаза- ($p < 0,05$, $r = 0,341$) и химаза-позитивных ТК ($p < 0,05$, $r = 0,419$), в том числе дегранулирующих ($p < 0,05$, $r = 0,336$ и $p < 0,05$, $r = 0,3946$, соответственно). Наличие ИБС положительно коррелирует с общим содержанием химаза-позитивных ТК ($p < 0,05$, $r = 0,498$), одиночных химаза-позитивных ТК ($p < 0,05$, $r = 0,5$), в том числе дегранулирующих ($p < 0,05$, $r = 0,501$). Наличие перенесенного в прошлом ОНМК коррелирует с общим содержанием совместно прилежащих химаза-позитивных ТК ($p < 0,05$, $r = 0,486$) и количеством дегранулирующих совместно прилежащих химаза-позитивных ТК ($p < 0,05$, $r = 0,486$). Обнаруженные связи химаза-позитивных ТК с наличием ИБС и ОНМК могут быть обусловлены участием данной протеазы в развитии атеросклероза. Учитывая, что одной из основных причин ХСН является ИБС, этим же можно объяснить и наличие корреляций с наличием ХСН. В легких пациентов с ожирением обнаружено статистически значимо большее общее содержание триптаза-позитивных ТК ($p < 0,05$, $r = 0,363$) и содержание одиночных триптаза-позитивных ТК ($p < 0,05$, $r = 0,365$). Известно об увеличении количества ТК при ожирении, что связано с повышением провоспалительной активности и ростом активности фосфолипазы, усиливающей процесс дегрануляции. У пациентов с ХБП С1-2 выше общее содержание триптаза-позитивных ТК ($p < 0,05$, $r = 0,408$) и одиночных дегранулирующих триптаза-позитивных ТК ($p < 0,05$, $r = 0,452$). Для ГБ статистически значимые связи не установлены.

Выводы. Таким образом, отмечены несколько значимых взаимосвязей между показателями ТК в аутопсийном материале легких пациентов с COVID-19 и наличием некоторых коморбидных патологий. Обнаружено увеличение количества ТК и их дегрануляционной активности у пациентов с ХСН, ожирением, ХБП, ИБС и перенесенным в прошлом ОНМК, что может свидетельствовать о повышенном риске развития цитокинового шторма у пациентов с данными сопутствующими заболеваниями.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ УЧАСТИЯ ТУЧНЫХ КЛЕТОК В ПАТОГЕНЕЗЕ COVID-19: ВЗАИМОСВЯЗЬ С ОБЩИМ АНАЛИЗОМ КРОВИ

Савушкина И.А., Овсянников Е.С., Алексеева Н.Г.
Воронежский государственный медицинский
университет им. Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

С 2019 года новая коронавирусная инфекция (НКИ) COVID-19 (COronaVirus Disease 2019) вызва-

ла более 700 миллионов случаев заболевания. Попадание коронавируса в организм активизирует тучные клетки (ТК), дегрануляция которых вызывает выделение медиаторов, участвующих в цитокиновом шторме – критической форме COVID-19. Большую роль в эффектах, оказываемых ТК, играют их протеазы: химаза и триптаза.

Цель исследования. Определение взаимосвязей представительства тучных клеток в легочной ткани пациентов с COVID-19 с показателями общего анализа крови (ОАК).

Материалы и методы. В исследование были включены 55 пациентов: 29 мужчин (53%) и 26 женщин (47%) средним возрастом 67 [62;71] лет, с установленным диагнозом: НКИ COVID-19, подтвержденная методом полимеразной цепной реакции, внебольничная двусторонняя полисегментарная пневмония, острый респираторный дистресс-синдром, госпитализированные в БУЗ ВО «ВГКБСМП №1» и БУЗ ВО ВОКБ №1 с сентября 2021 г. по июнь 2022 г. и умершие в результате COVID-19. Критериями исключения были: наличие других инфекционных заболеваний легких, хронических заболеваний дыхательной системы, тромбоэмболии легочной артерии, онкологических, в том числе онкогематологических, заболеваний, хронической сердечной недостаточности выше IIА стадии по Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко, гидроторакса, хронической болезни почек выше С2 стадии, гепатита, цирроза печени, сахарного диабета 1 и 2 типов, курения в анамнезе. В исследовании анализировались результаты ОАК с определением лейкоцитарной формулы, тромбоцитов, эритроцитов, гемоглобина, скорости оседания эритроцитов (СОЭ). После смерти пациентов производился забор репрезентативного участка легочной паренхимы с изготовлением срезов и иммуногистохимическим окрашиванием с помощью первичных мышинных антител Anti-Mast Cell Tryptase antibody (клон AA1, #ab2378, разведение 1:4000) и Anti-Mast Cell Chymase antibody (#ab233103, разведение 1:1000). В качестве вторичных применяли козьи антикроличьи антитела #AS-R1-HRP. ТК подсчитывали на объективе микроскопа $\times 40$ с анализом 50 полей зрения, с подсчетом химаза- и триптаза-позитивных ТК, распределенных по наличию дегрануляции. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statgraphics Centurion XV. Корреляционный анализ производился с использованием коэффициента корреляции Спирмена. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Наме обнаружены статистически значимые корреляционные связи между показателями ТК и ОАК. Абсолютное (на мм²) общее содержание триптаза-позитивных ТК (тп+-ТК), одиночных тп+-ТК и одиночных дегранулирующих тп+-ТК в аутопсийном материале легких положительно коррелируют с относительным содержанием палочкоядерных нейтрофилов в крови пациентов с COVID-19 ($p = 0,008$, $r = 0,515$; $p = 0,005$, $r = 0,538$ и $p = 0,005$, $r = 0,539$,

соответственно). Известно об участии ТК в активном привлечении нейтрофилов в очаг воспаления, что во многом обуславливает их провоспалительный эффект. Имеются исследования о связи уровня содержания в крови другой протеазы ТК - карбоксипептидазы А3 с уровнем нейтрофилов у пациентов с COVID-19, что также подтверждает системное влияние ТК на уровень нейтрофилов в периферической крови.

Относительное содержание совместно прилежащих тп+-ТК и совместно прилежащих дегранулирующих тп+-ТК положительно коррелирует с относительным содержанием базофилов ($p=0,01$, $r=0,379$ и $p=0,032$, $r=0,321$, соответственно) и эозинофилов ($p=0,013$, $r=0,362$ и $p=0,006$, $r=0,397$, соответственно). Связи ТК с содержанием базофилов гипотетически могут быть обусловлены общими для них активирующими сигналами: через рецепторы Fc epsilon RI, посредством фрагментов комплемента C3a, C4a и C5a, медиаторами из активированных нейтрофилов, некоторыми нейромедиаторами. Имеются данные о влиянии триптазы ТК на статус активации эозинофилов с индуцированием высвобождения эозинофильной пероксидазы и бета-гексозаминидазы.

Уровень СОЭ отрицательно коррелирует с общим количеством химаза-позитивных ТК (хп+-ТК) (на мм²) ($p=0,02$, $r=-0,312$), абсолютным содержанием одиночных хп+-ТК ($p=0,018$, $r=-0,318$), а также одиночных дегранулирующих хп+-ТК (на мм²) ($p=0,022$, $r=-0,308$).

С другими исследуемыми показателями статистически значимых корреляционных связей не установлено.

Выводы. Резюмируя вышеизложенные результаты, стоит отметить, что установленные связи содержания ТК и их дегрануляционной активности в легочной ткани пациентов с COVID-19 с уровнями палочкоядерных нейтрофилов, СОЭ, базофилов, эозинофилов в периферической крови свидетельствуют об участии ТК и их основных протеаз в патогенезе COVID-19 как локально в легочной ткани, так и в рамках системного процесса. Дискутабельным остается вопрос о протективном влиянии химазы ТК. Таким образом, выявленные закономерности проливают свет на многочисленные и разнообразные механизмы участия ТК и их протеаз в патогенезе COVID-19.



ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ И МАРКЕРА РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СУБХОНДРАЛЬНОЙ КОСТИ С КОМПОНЕНТАМИ WOMAC ПРИ РАННЕМ ОСТЕОАРТРИТЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Савушкина Н.М., Таскина Е.А.,
Кашеварова Н.Г., Стребкова Е.А.,
Шарапова Е.П., Хальметова А.Р.,
Алексеева Л.И., Лиля А.М.

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

Цель исследования. Определить взаимосвязь уровня противовоспалительных цитокинов и маркера ремоделирования субхондральной кости с компонентами WOMAC у пациентов с ранним остеоартритом (ОА) коленных суставов.

Материалы и методы. В проспективное исследование за период 2022-2023 гг. были включены 82 женщины, соответствующие разрабатываемым и проходящим в настоящее время апробацию критериям ESKOA, с ОА коленных суставов и рентгенологической стадией 0-II стадии (Kellgren J. – Lawrence J.), подписавших информированное согласие. Средний возраст пациентов составил $49,0 \pm 10,2$ лет (от 35 до 73), длительность заболевания $1 [0,5; 1]$ год. На каждого пациента заполнялась индивидуальная карта, включающая антропометрические параметры, показатели WOMAC, сопутствующие заболевания и терапию в период наблюдения. Статистическая обработка материала проводилась с помощью программ Statistica 10.0.

Результаты. Боль в коленных суставах по WOMAC достигала $60 [20; 140]$ мм, скованность – $30 [10; 70]$ мм, функциональная недостаточность (ФН) – $145 [40; 390]$ мм, суммарный индекс WOMAC – $250 [80; 630]$ мм. Медианы маркеров, ассоциированных с ОА, воспалением, разрушением хряща и уровни интерлейкинов (ИЛ) были следующие: ИЛ-1 β – $3,29 [1,15; 2,84]$ нг/мл, ИЛ-10 – $0,02 [0,001; 32,5]$ нг/мл, ИЛ-34 – $0,01 [0,001; 13,2]$ нг/мл, СТХ-1 – $0,007 [0,002; 0,079]$ нг/мл. В корреляционном анализе по Спирмену были выявлены статистически значимые положительные взаимосвязи ($p < 0,05$) между ФН и суммарным WOMAC и уровнем СТХ-1, и отрицательные – между болью, скованностью и суммарным WOMAC с ИЛ-10 и ИЛ-34.

Выводы. При увеличении уровня боли в коленных суставах при раннем ОА отмечается нарастающие титры маркера ремоделирования субхондральной кости СТХ-1, что позволяет рассматривать его в каче-

стве возможного маркера прогрессирования заболевания. Выявленные отрицательные корреляции между противовоспалительными цитокинами и уровнем боли могут свидетельствовать об ослаблении анаболических процессов при развитии ОА, что требует дальнейшего изучения.

Финансирование: в рамках государственного задания тема FURS-2022-0004-ПНИ.

ИММУННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ИНФИЦИРОВАННЫХ ГЕРПЕСВИРУСОМ

Садыхова Н.Р., Джанахмедова Ш.Н.

Научно-исследовательский институт медицинской профилактики им. В.Ю.Ахундова,
Баку, Азербайджан

Введение. Герпетическая инфекция, вызванная вирусами простого герпеса 1-го или 2-го типа (HSV-1, HSV-2), является широко распространенным явлением среди взрослого населения, затрагивая более 90% людей на Земле. Иммунологические изменения, происходящие при герпетической инфекции, представляют значительный интерес для научных исследований, и понимание молекулярных механизмов этих изменений является ключевым вопросом для разработки эффективных противовирусных стратегий.

Цель исследования. Целью исследования является анализ иммунных изменений, происходящих у лиц, инфицированных вирусом герпеса, с целью расширения знаний о молекулярных механизмах воздействия вируса на иммунную систему.

Материалы и методы. Для достижения цели исследования был проведен анализ образцов крови, с целью определения изменений в иммунном статусе. Исследование включало иммунологические анализы, такие как оценка уровня цитокинов (включая интерфероны и интерлейкины), измерение количества CD4⁺ и CD8⁺ Т-лимфоцитов, а также изучение антител IgG и IgM против герпесвирусов.

Результаты, выводы. Результаты исследования выявили связи между герпетической инфекцией и изменениями в уровне циркулирующих иммунных клеток. Выявлены потенциальные биомаркеры, свидетельствующие о степени воздействия вируса на иммунную систему, такие как увеличение производства цитокинов, активация натуральных убийц и изменение профиля Т-клеток.

Заключение. Результаты исследования могут послужить основой для разработки новых стратегий лечения и профилактики герпетической инфекции. Кроме того, они предоставляют ценные сведения для глубокого понимания взаимодействия между вирусом и иммунной системой организма.

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА МОЛЕКУЛ TREC И KREC В КРОВИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Сайтгалина М.А.

НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера,
Санкт-Петербург

Введение. Эксцизионные кольца TREC (T-cell receptor excision circle) и KREC (k-deleting recombination excision circle) – внехромосомные молекулы кольцевой ДНК, формирующиеся в процессе дифференцировки Т- и В-лимфоцитов, соответственно, в ходе реаранжировки генов лимфоцитарных рецепторов. Уровни молекул TREC и KREC являются суррогатными маркерами функциональной активности центральных лимфоидных органов и отражают количество вновь дифференцированных наивных Т- и В-клеток созревающих в тимусе и костном мозге, соответственно.

Цель исследования. Оценить уровни молекул TREC и KREC в периферической крови пациентов при острой и хронической вирусных инфекциях.

Материалы и методы. Материалом исследования служили образцы периферической крови, полученные от пациентов с диагнозом Новая коронавирусная инфекция COVID-19 от 18 до 80 лет, наблюдавшихся в инфекционном отделении Клинической больницы №122 им. Л.Г. Соколова (n=1028) и от ВИЧ-инфицированных лиц от 30 до 40 лет, полученные из лаборатории иммунологии и вирусологии ВИЧ инфекции ФБУН «НИИ ЭИМ им. Пастера» (n=100), где n – количество человек в группе. В качестве контрольных использовали образцы крови, полученные от условно здоровых добровольцев в возрасте от 18 до 108 лет в медицинском центре ФБУН «НИИ ЭИМ им. Пастера» (n=717).

Количественный анализ уровней TREC и KREC проводили методом Real-time ПЦР. Из каждого образца цельной крови экстрагировали фракцию тотальной ДНК с использованием набора «РИБО-преп» (ЦНИИ Эпидемиологии, Москва) согласно инструкции производителя. Для проведения количественной ПЦР были подобраны пары олигонуклеотидных праймеров, фланкирующие небольшие ДНК-фрагменты целевых молекул TREC и KREC, а также фрагменты двух генов, которые были выбраны в качестве нормировочных: HPRT и RPP30. К каждой паре праймеров были подобраны флуоресцентно меченые зонды, для детекции результатов ПЦР в режиме реального времени. Для количественных расчетов в каждой постановке ПЦР амплифицировали серию из пяти калибраторов заданной концентрации, которые представляли собой раститрованную плазмидную ДНК.

Исследование было проведено на базе лаборатории молекулярной иммунологии ФБУН «НИИ ЭИМ им. Пастера».

Результаты и обсуждение. Ранее нами была установлена отрицательная корреляционная зависимость уровней TREC с возрастом условно здоровых добровольцев. Были рассчитаны референтные интервалы содержания молекул TREC в периферической крови для шести возрастных групп взрослого населения (18-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 лет и лиц старше 70 лет), а также единый референтный интервал уровня KREC для лиц старше 18 лет.

В ходе настоящей работы было установлено, что уровни молекул TREC у COVID-инфицированных пациентов достоверно снижены по сравнению с контролем во всех проанализированных возрастных группах кроме самой младшей (18-29 лет) согласно U-критерию Манна-Уитни ($p < 0,0001$ при 95% ДИ). Уровни молекул KREC у больных COVID-19 также достоверно снижены ($p < 0,0001$ при 95% ДИ). Кроме того, было показано достоверное снижение концентраций молекул KREC у пациентов с летальным исходом по сравнению с выжившими ($p = 0,0019$). Достоверных различий уровней молекул TREC между выборками умерших и выживших пациентов не выявлено ($p = 0,3289$).

Анализ содержания молекул TREC и KREC в образцах цельной крови, полученной от ВИЧ-инфицированных больных, показал достоверное снижение уровней целевых аналитов по сравнению с контрольной группой ($p < 0,0001$) у тех пациентов, которые были инфицированы более одного года назад, для которых фиксировали вирусологическую неэффективность применяемых антиретровирусных препаратов и высокий уровень вирусной нагрузки. Статистически значимой разницы между уровнями ДНК TREC и KREC у здоровых людей и у лиц с впервые выявленным ВИЧ (со сроком инфицирования менее одного года) и низким уровнем вирусной нагрузки не установлено.

Снижение содержания молекул TREC и KREC в периферической крови пациентов с вирусными инфекциями свидетельствует о нарушениях процесса лимфопоэза у больных на его ранних стадиях до формирования зрелого гена лимфацитарного рецептора.

Выводы. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о возможности применения разработанного количественного ПЦР-анализа TREC/KREC в целях диагностики пациентов со вторичными иммунодефицитами инфекционного генеза. Можно предположить, что выявленное нами снижение уровней молекул TREC и KREC при ВИЧ-инфекции и новой коронавирусной инфекции COVID-19 отражает общую реакцию иммунной системы, и может быть также определено при других инфекционных заболеваниях.

ОЦЕНКА УРОВНЕЙ МОЛЕКУЛ TREC И KREC В КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМИ ИММУНОДЕФИЦИТАМИ

Сайтгалина М.А.

НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера, Санкт-Петербург

Введение. На сегодняшний день известно более 250 форм генетически детерминированных первичных иммунодефицитов (ПИД), среди которых выделяют заболевания с дефицитом Т-клеток, дефицитом В-клеток, комбинированным дефицитом Т- и В-клеток. Значимой проблемой данной группы заболеваний является гиподиагностика, поскольку симптомы ПИД обычно не являются специфичными. Дети с ПИД при рождении могут выглядеть здоровыми, но при этом подвержены многократным тяжелым инфекционным поражениям, не редко приводящим к летальным исходам в первый год жизни при отсутствии своевременной адекватной терапии.

В качестве маркеров количественного содержания, а также функциональной активности Т- и В-лимфоцитов могут служить уровни в периферической крови молекул TREC (T-cell receptor excision circles) и KREC (kappa-deleting recombination excision circles). Молекулы TREC и KREC являются побочным продуктом реаранжировки генетического материала, кодирующего рецепторный аппарат лимфоцитов и представляют собой кольцевые молекулы эписомальной ДНК.

Цель исследования. Оценить количественное содержание молекул TREC и KREC в периферической крови пациентов с диагнозом первичный иммунодефицит.

Материалы и методы. В качестве контрольных образцов в исследовании использовали сухие капли периферической крови, собранные на карты Гатри, полученные от здоровых доношенных новорожденных из следующих медицинских учреждений: ГБУЗ «Родильный дом №17», ГБУЗ «Родильный дом №6 им. Снегирева» и Детская городская больница №17 ($n = 5219$). Также в качестве материала исследования служили сухие капли крови от детей с диагнозом первичный иммунодефицит, полученные из медицинского центра ФБУН «НИИ им. Пастера» ($n = 10$).

Количественную оценку уровней TREC и KREC проводили методом ПЦР в режиме реального времени. Из каждого образца сухой капли крови экстрагировали фракцию тотальной ДНК с использованием набора «Экстра-ДНК-Био» (Алкор-Био, Санкт-Петербург). В ходе ПЦР в каждой пробе ДНК одновременно амплифицировали четыре генетических фрагмента: два фрагмента целевых молекул TREC и KREC и два фрагмента нормировочных генов HPRT и RPP30. Для



амплификации использовали сконструированные нами олигонуклеотидные праймеры и флуоресцентно меченые зонды. Кроме того, для проведения количественных расчетов в каждой постановке ПЦР амплифицировали серию из пяти десятикратных разведений плазмидной ДНК, содержащей вставки нуклеотидных последовательностей генетических фрагментов, перечисленных выше.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программы GraphPad PRISM 5.0.

Результаты и обсуждение. Большой объем выборки контрольных образцов позволил установить нижние границы нормы содержания молекул TREC и KREC в периферической крови здоровых доношенных новорожденных. Нижняя граница нормы TREC была рассчитана как 892,6 копий/105 клеток крови, KREC - 400,4 копий/105 клеток крови. Стоит отметить, что в ходе исследования нами не было установлено значимых различий в уровнях TREC и KREC между мальчиками и девочками, поэтому определены единые границы нормы для обоих полов.

В результате анализа образцов, полученных от больных с ПИД, было установлено сниженное содержание молекул TREC/KREC у больных с диагнозами синдром CHARGE, тяжелый комбинированный иммунодефицит, ПИД недифференцированный, транзиторная гипогаммаглобулинемия детского возраста, агаммаглобулинемия, общая вариабельная иммунная недостаточность.

Выводы. Описанный метод определения уровня TREC и KREC в крови пациентов с подозрением на первичный иммунодефицит, позволяет достаточно быстро и эффективно диагностировать нарушения в развитии T- и B-клеток, соответственно. Учитывая подверженность пациентов с ПИД частым инфекционным процессам с тяжелым течением, своевременная диагностика крайне необходима для принятия профилактических мер и назначения действенной терапии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ JAK-КИНАЗ, ИЛ17А, ИЛ 6 И ФНОА У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ВТОРИЧНЫМ АМИЛОИДОЗОМ

Сахарова К.В., Черкасова М.В., Эрдес Ш.Ф.
Научно-исследовательский институт ревматологии
им. В.А. Насоновой,
Москва

Цель. Оценить эффект от проводимой терапии ингибиторами ИЛ 6 у пациентов с анкилозирующим спондилитом, осложненным АА амилоидозом.

Материалы и методы. В исследование включено 6 пациентов с АС, осложненным вторичным амилоидозом, получающих генно-инженерную биологическую терапию (ГИБП) ингибиторами ИЛ 6. Оценка эффективности проводимой терапии проводилась через 6 месяцев от начала лечения.

Активность заболевания и функциональный статус пациентов оценивались согласно рекомендациям российских экспертов. Дополнительно проводилось исследование биохимического анализа мочи, уровня сывороточного амилоидного белка А (SAA), расчет СКФ проводился по формуле Кокрофта-Голта.

Учитывая, что иИЛ6, не зарегистрированы для лечения АС, решение об их назначении принималось по жизненным показаниям членами врачебной комиссии по назначению ГИБП (11 членов комиссии), официально утвержденной руководством ФГБНУ НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой.

Результаты. У пациентов, отмечался хороший клинико-лабораторный эффект от проводимой терапии. Были получены достоверные различия по медиане индекса активности заболевания ASDAS с рб с 5 [4;5] до 2,3 [1,6;3,5] ($p=0,04$), лабораторных показателей, таких как СОЭ с 109 [67;140] мм/час до 22 [16;25] ($p=0,005$), СРБ с 62,9 [20;109] мг/л до 1,2 [0,2;6,6] ($p=0,008$). Также значительные различия выявлены по индексу активности BASDAI с 7,2 [6,4;7,2] до 4,3 [3,4;5,4] ($p=0,1$) наблюдалась тенденция к снижению активности заболевания, но умеренной или низкой активности достигнуть не удалось. По биохимическим показателям имелась положительная динамика по уровню креатинина с 154 [96;191] мкмоль/л до 114 [93;172] ($p=0,5$), мочевой кислоты с 518 [501;540] мкмоль/л до 472 [446;563] ($p=0,9$), нарастала скорость клубочковой фильтрации с 37 [33;86] мл/мин до 50 [36;92] ($p=0,5$). В клинической картине отмечалось уменьшение частоты энтезитов 50% и 16% ($p=0,1$), периферических артритов 100 % и 66% ($p=0,3$), коксит сохранялся у ряда пациентов как до, так и после лечения 50% и 50% ($p=0,8$), активного сакроилиита/спондилита по данным МРТ выявлено не было. У данной группы выявлен высокий уровень SAA 133 [39,9; 381].

Выводы. На фоне проводимой терапии препаратами из группы ингибиторов ИЛ 6 отмечены достоверные различия по ответу на проводимую терапию по уровню СОЭ и СРБ, индексу активности ASDAS с рб. А также на фоне проводимой терапии нарастала СКФ.



НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ СИМПТОМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ, ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ ДИСТРОФИЕЙ ПЕЧЕНИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Свистун О.В., Манто В.С.
Кубанский государственный медицинский
университет,
г. Краснодар

Цель исследования. Анализ распространенности различных клинических симптомов у пациентов с ожирением, неалкогольной жировой дистрофией печени (НАЖБП) и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи.

Материалы и методы. На базе одной из поликлиник города Краснодара был проведен статистический анализ частоты встречаемости различных симптомов у пациентов с ожирением, НАЖДП, ГЭРБ. В исследовании приняли участие 100 человек мужского и женского пола, взятых в равных долях.

Результаты и обсуждения. Из 100 обследуемых пациентов ожирение было выявлено у 34 человек. Согласно полученным данным наиболее распространенными жалобами у них оказались симптомы поражения преимущественно сердечно-сосудистой системы, что составило приблизительно 47%. Наличие НАЖДП констатировано у каждого третьего респондента. Ведущими жалобами у них оказались: болевой симптом, который составил приблизительно 40%. Также пациентов беспокоили диспепсический и анемический симптомы. Среди 100 исследуемых пациентов ГЭРБ была диагностирована у 36 человек. Самым частым симптомом у больных с ГЭРБ стал диспепсический, что составило приблизительно 35%. Кроме того, респонденты отмечали болевой, астеновегетативный и анемический симптомы.

Выводы. Ожирение, НАЖДП и ГЭРБ являются актуальной проблемой здравоохранения. Несмотря на многочисленные современные методы диагностики, внедренные в медицину в последние годы, по-прежнему основной проблемой остается несвоевременная диагностика заболеваний при оказании первичной медико-санитарной помощи. В ходе данного исследования отмечено разнообразие клинических симптомов при ожирении, НАЖДП и ГЭРБ. Что свидетельствует о сложности постановки первичного диагноза в амбулаторно-поликлинических условиях и

требует большого внимания от врача, объемного дифференциально-диагностического поиска и более тщательного подхода.

СРАВНЕНИЕ НАБОРОВ РЕАГЕНТОВ ДЛЯ ЭКСТРАКЦИИ ДНК ИЗ СУХИХ ПЯТЕН КРОВИ

Седых А.В., Сайтгалина М.А.
НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера,
Санкт-Петербург

Неонатальный скрининг – обязательная процедура обследования новорожденных, которая позволяет выявить наличие генетических заболеваний. Для массового обследования детей используют сухие пятна крови. Эта технология является наиболее доступной и удобной для транспортировки и хранения биологического материала. Выделение ДНК – один из важных этапов в молекулярной диагностике, точность которого особенно важна при генетическом анализе. Различные наборы для экстракции ДНК предлагают различные протоколы и реагенты, которые могут отличаться по эффективности и качеству выделения.

Цель работы. Проведение сравнительного анализа наборов реагентов для экстракции ДНК из сухих пятен крови.

При оценке чистоты НК, экстрагированных с использованием всех четырех анализируемых наборов, можно было наблюдать успешную депротенинизацию образцов ДНК и относительную чистоту. Средняя чистота ДНК для набора «Экстра-ДНК-Био» составила $2,2 \pm 0,23$, для «ЭКСТРА-преп PS» – $1,89 \pm 0,23$, для «МагноПрайм ЮНИ» при ручном и автоматическом выделении – $2,31 \pm 0,21$ и $2,85 \pm 0,09$ соответственно. Средняя концентрация ДНК для набора «Экстра-ДНК-Био» составила 15,28 мкг/мл, для «ЭКСТРА-преп PS» – 16,26 мкг/мл, для «МагноПрайм ЮНИ» при ручном и автоматическом выделении – 62,5 мкг/мл и 102,28 мкг/мл, соответственно. Согласно примененному критерию Краскела-Уоллиса и тесту Данна, значимые различия и по параметру TREC, и по параметру KREC присутствуют между группой образцов ДНК, экстрагированных с использованием набора реагентов «МагноПрайм ЮНИ» при ручном выделении, с группами образцов, экстрагированных другими способами («МагноПрайм ЮНИ» при автоматическом выделении) или наборами «ЭкстраДНК-Био» и «ЭКСТРА-преп PS». В ходе настоящего исследования четыре сравниваемых набора реагентов продемонстрировали высокий уровень схожести полученных данных, удовлетворяя всем необходимым параметрам для проведения дальнейшего молекулярно-генетического анализа, могут быть использованы для неонатального скрининга и в других областях исследований, требующих экстракции ДНК из сухой капли крови.

ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ КАРДИОПРОТЕКЦИИ ВНУТРИКОРОНАРНЫМ ВВЕДЕНИЕМ ЛЕВОКАРНИТИНА У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОКС

Семиголовский Н.Ю.¹, Баллюзек М.Ф.¹,
Мазуренко С.О.¹, Гуслев А.Б.¹, Козаев А.В.³,
Никольская Е.М.³, Семёнова И.Г.²,
Бердикулова Т.Т.¹

¹Медицинский институт Санкт-Петербургского
государственного университета,

²Клиническая больница РАН,

³Валдайский филиал Северо-западного окружного
научно-клинического центра им. Л.Г. Соколова,
Санкт-Петербург

Введение. В настоящее время продолжается рост количества выполняемых чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) при острых и хронических формах ишемической болезни сердца: ежегодно их количество достигает не менее чем 5 000 000 во всем мире и из них – свыше 200 000 – в России. Основными причинами послеоперационной летальности являются периоперационный инфаркт миокарда и острая сердечная недостаточность вследствие неадекватной защиты миокарда от ишемии/реперфузии в условиях баллонного расширения и стентирования пораженных коронарных артерий.

Цель исследования. Изучение возможности кардиопротекции внутрикоронарным введением левокарнитина при стентировании у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) старческого возраста.

Материалы и методы. Препарат левокарнитина применяли с января 2022 года при проведении ЧКВ у пациентов с ОКС старше 75 лет с в дозе 1000 мг (основная группа – 10 больных) с последующим введением препарата в дозе 500 мг в сутки внутривенно капельно 5-7 дней в сравнении с репрезентативной контрольной группой из 35 больных (введение плацебо). Анализировались динамика ЭКГ, ЭхоКГ, высокочувствительного Тропонина I, Лактатдегидрогеназы, Креатинкиназы (общей и ее МВ-фракции). Протокол исследования утвержден Локальным Этическим комитетом ФГБУЗ Санкт-Петербургской Клинической больницы Российской Академии Наук (№285 от 20 декабря 2021 года), в рамках Государственного задания 075-01609-23-04 «Адьювантная цитопротекция левокарнитинном методом интракоронарного введения при реваскуляризации у больных с острым и хроническим коронарным синдромом (FUEM-2023-0018)».

Результаты и обсуждение. В послеоперационном периоде в основной группе отмечались тенденция к более отчетливой сглаженности динамики биомаркеров ишемии/некроза, ускоренная положительная дина-

мика ишемических сдвигов ЭКГ с тенденцией к более значимому приросту фракции выброса левого желудочка по данным ЭхоКГ в послеоперационном периоде в сравнении с группой контроля. Летальных исходов в основных группах не наблюдалось, в контрольной группе госпитальная летальность составила 11,4%. Полученные результаты соответствуют доказанным возможностям левокарнитина в эксперименте и клинике по оптимизации течения острого инфаркта миокарда и хронической сердечной недостаточности (внутривенное введение), кардиохирургических вмешательств (использование в кардиоплегическом растворе).

Выводы. В ходе первого в мире пилотного исследования кардиопротекторных свойств внутрикоронарного введения левокарнитина при ЧКВ у пациентов высокого риска (старческий возраст, ОКС) получены обнадеживающие результаты, судя по динамике средних уровней биомаркеров ишемии/некроза миокарда, ЭКГ и ЭхоКГ-изменений. Ожидаемые результаты применения методики – снижение интра- и послеоперационных осложнений в виде ишемии/реперфузии и повышение эффективности клинических результатов ЧКВ.

КОРОНАРОГРАФИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ РАБОТНИКОВ ВРЕДНЫХ И ОПАСНЫХ ПРОИЗВОДСТВ

Семиголовский Н.Ю.¹, Першина Е.И.¹,
Бердикулова Т.Т.²

¹Клиническая больница №22
СЗОНКЦ им. Л.Г. Соколова,

²Медицинский институт Санкт-Петербургского
государственного университета,
Санкт-Петербург

Введение. В настоящее время около 10 миллионов работников в нашей стране трудятся во вредных и опасных условиях (ТАСС, 2023), причем, по сравнению со странами Европы, уровень профессиональных заболеваний в России в десятки раз ниже (Бойко И.В., Андреев О.Н., 2019). Так ли это?

Цель исследования. Сопоставление состояния коронарного русла, по данным селективной коронароангиографии (КАГ), у невыбранных пациентов с показаниями к КАГ, проводившимися в 2020-2022 гг. в 2-х группах: у работников вредных и опасных производств (основная группа) и у контрольной группы, не имевшей контактов с вредными промышленными факторами и прошедших обследование и лечение в стационаре.

Материалы и методы. Обследовано 130 пациентов (82% – мужчины, 18% – женщины) в возрасте от 30 до 70 лет, прошедших КАГ по общепринятым показаниям в 2022-2023 гг. Основную группу составили 72 пациента (средний возраст 65,3±3,7 лет), имеющих

контакт с опасными и вредными производственными факторами (условия труда соответствовали 3 классу вредности 3.1-3.4, стаж работы от 5 до 60 лет, в среднем 20,8 лет). Контрольная группа – 58 пациентов, не имевших контакта с профессиональными вредностями (средний возраст 55,8±4,2, стаж работы от 4 до 55 лет, средний 20,3 года). Группы были сопоставимы по половому составу. КАГ выполняли на ангиографической установке LG (США) через радиальный или феморальный артериальный доступ.

Результаты и обсуждение. При сравнении групп оказалось, что их представители отличаются по индексу массы тела: избыточный вес чаще обнаруживался в контрольной группе, ожирение – в основной. В остальном пациенты основной и контрольной групп существенно не различались по длительности заболевания ИБС и максимальным цифрам АД, а «рабочее» АД чаще в основной группе превышало 140/90 мм рт.ст. При этом работники вредных и опасных производств получали статины чаще (69,9% против 62,1%) и в более высоких дозах. Перенесенные заболевания сердечно-сосудистой системы и вмешательства на сердце в контрольной группе были представлены несколько чаще – (34,5% против 26,3%), инфаркт миокарда (27,6% против 11,1%), стентирование коронарных артерий (3,4% против 2,8%). Достоверных различий между группами по данным рутинных показателям клинического анализа крови и биохимических анализов (креатинин, мочевина, общий билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза крови, общий белок, электролиты крови: Na⁺, K⁺; коагулограмма: МНО, ПТИ, АЧТВ, фибриноген) не выявлено. По данным ЭКГ, желудочковая экстрасистолия недостоверно чаще выявлялись у пациентов основной группы (22,3% против 6,9% обследованных).

Сравнение групп по итогам селективной КАГ выявило более благоприятное состояние коронарного русла у лиц основной группы по сравнению с контрольной – их коронарные артерии оказались пораженными в меньшей степени при среднем возрасте обследованных, на 10 лет превышающем таковой в группе контроля.

Выводы. Таким образом, выполненное сравнительное исследование подтверждает эффективность постоянного углубленного диспансерного наблюдения и лечения работников вредных и опасных производств с облегченным доступом к высокотехнологичной медицинской помощи, что позволяет обеспечивать более высокую сохранность коронарного русла несмотря на преобладание у них дополнительных факторов риска ИБС, отсутствующих в популяции.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Семьнина Е.В., Токмачев Р.Е.,
Токмачев Е.В., Анненкова А.В.

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

Цель исследования. Оценить влияние физической реабилитации на клиническое течение, функциональный статус, лабораторные и инструментальные показатели у пациентов с ХСН с сохраненной (ХСНсФВ) и сниженной (ХСНнФВ) фракцией выброса левого желудочка.

Материалы и методы. В исследование были включены 160 пациентов с ХСН ишемического генеза из них 86 мужчин и 74 женщин, средний возраст составил – 72,2±8,8 лет. На основании фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ) пациенты были разделены на две группы. В каждой группе сформировали по две подгруппы в зависимости от наличия или отсутствия физических тренировок. В момент включения и через 12 месяцев провели определение толерантности к физической нагрузке с помощью запатентованного кардиореспираторного комплекса, оценку уровней основных биомаркеров системного воспаления, инструментальные исследования. Статистический анализ проведен с помощью пакета программ Statistica 10.

Результаты и обсуждение. Повторное обследование проводилось через 12 месяцев после включения в исследование. В подгруппах, проходивших физическую реабилитацию, выявлено статистически значимое снижение уровня N-концевого фрагмента натрийуретического пептида (NT-proBNP) ($p \leq 0,05$), высокочувствительного С-реактивного белка (hs-CRP), интерлейкина-1 β (ИЛ1 β), интерлейкин-6 (ИЛ6), фактора некроза опухоли - альфа (ФНО - альфа). Произошло увеличение толерантности к физической нагрузке, оцениваемое с помощью теста 6-минутной ходьбы (ТШХ).

Заключение. Проведение физической реабилитации у больных с ХСН как с сохраненной, так и со сниженной ФВ ЛЖ сопровождается значительным улучшением клинического течения, улучшением показателей нагрузочных тестов (ТШХ), снижением уровня провоспалительных цитокинов.



ТЯЖЕЛАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА (ТБА): ХАРАКТЕРИСТИКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЕБЮТА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Сергеева Г.Р., Емельянов А.В., Лешенкова Е.В.,
Цуканова И.В., Знахуренко А.А.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель. Выявить характеристики пациентов с исходно тяжелой астмой (первичная ТБА) и тех, у кого астма стала тяжелой с течением времени (вторичная ТБА).

Материалы и методы. В условиях отдельного специализированного центра обследован 321 амбулаторный пациент (мужчин 34%, возраст от 18 до 90 лет, средний возраст 55 лет) с ТБА согласно определению ERS/ATS (2014). Больные тяжелой астмой получали стандартную терапию высокими дозами ИГКС/ДДБА±тиотропий±монтелукаст, 69 пациентов (22%) постоянно использовали СГКС, у 81 больного (25%) применялись препараты иммунобиологической терапии: против IgE (Омализумаб, 9 чел.), против ИЛ-5/рецепторов ИЛ-5: (Меполизумаб /Бенрализумаб, 42 чел.), а также против ИЛ-4/ИЛ-13 (Дупилумаб, 30 чел.). БА считалась исходно тяжелой, если тяжелое течение признавалось в течение первого года после постановки диагноза. Пациенты с вторичной ТБА в дебюте заболевания имели легкую или среднетяжелую астму, которая стала тяжелой через год и более.

Всем пациентам выполнялись спирометрия с оценкой обратимости обструкции (прироста ОФВ1 на 12% и 200 мл) и соотношения ОФВ1/ФЖЕЛ после ингаляции 400 мкг сальбутамола (Спирограф 2120, Vitalograph, Великобритания). Качество жизни пациентов и уровень контроля БА определялись при помощи русских версий вопросника госпиталя Святого Георгия для оценки дыхательной функции и ACQ-5-теста, соответственно. Атопический статус оценивался по результатам кожных проб (прик-тесты) >3 мм или уровню специфических IgE (>0.35 kU/l; Phadia) в сыворотке крови к основным ингаляционным аллергенам. Определялся уровень общего IgE сыворотки крови методом иммунофлюоресцентного анализа. Уровень эозинофилов периферической крови (ЭОЗ) оценивался с помощью автоматического гемоанализатора, значение оксида азота выдыхаемого воздуха (FeNO) определялось на хемилюминесцентном газоанализаторе (Logan-4100, Великобритания). Оценивались доли пациентов, имевших ЭОЗ≥150 кл/мкл и FeNO≥20 ppb.

Результаты. У 17% (n=55, группа 1) больных ТБА заболевание в течение первого года после постановки диагноза было признано тяжелым. В 83% случаев (n=266, группа 2) у пациентов отмечалась вторичная ТБА, которая развилась через 1-58 лет (в среднем, через 13 лет) после начала болезни.

По сравнению со второй группой в первой пациенты чаще были мужского пола (45% и 32%, p<0,05), стар-

ше (59 лет и 54 года, p<0,05), с более поздним дебютом астмы (в возрасте 53 и 34 года, p<0,05) и возрастом, когда астма стала тяжелой (53 и 48 лет, p<0,05); у них чаще имелась сопутствующая ХОБЛ (38% и 24%, p<0,05).

Доли пациентов с гормонозависимой астмой (22% и 22%, p>0,05), с анамнезом курения (62% и 48%, p>0,05), ожирением с ИМТ≥30 кг/м², (27% и 32%, p>0,05), значение ОФВ1 (50% и 54% должного, p>0,05), а также число тяжелых обострений в течение предшествующего года (1,6 против 1,9, p>0,05) не различались между 1 и 2 группами.

Во второй группе было больше пациентов с атопией (60% и 76%, p<0,05), ранним (до 18 лет) дебютом астмы (24% и 0%, p<0,001), сопутствующим аллергическим ринитом (66% и 52%, p<0,05) и страдавших в детстве атопическим дерматитом (18% и 7%, p<0,05). Доли пациентов с ЭОЗ≥150 кл/мкл (74% и 68%, p>0,05) и FeNO≥20 ppb (44% и 51%, p>0,05) не различались между группами 1 и 2. Тем не менее, частота выявления маркеров Т2-воспаления (ЭОЗ≥150 кл/мкл и/или FeNO≥20 ppb и/или гиперчувствительность к ингаляционным аллергенам) была выше во второй группе (82% и 93% случаев, p<0,05).

Заключение. Пациенты с исходно тяжелым течением астмы были старше и более чем в трети случаев имели сопутствующую ХОБЛ. У больных с исходно нетяжелым течением астмы чаще выявлялись маркеры Т2-воспаления.

ПОИСК МАРКЕРОВ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Сивордова Л.Е., Полякова Ю.В., Папичев Е.В.,
Ахвердян Ю.Р., Заводовский Б.В.
НИИ клинической и экспериментальной
ревматологии им. А.Б. Зборовского,
г. Волгоград

Введение. Костная ткань является метаболически активной структурой, которая подвергается постоянному ремоделированию. В норме процессы резорбции костной ткани и ее синтеза уравновешены. При ревматоидном артрите (РА) этот баланс нарушается, что нередко приводит к развитию остеопороза (ОП). Наилучших результатов в сохранении качества костной ткани у больных РА удается достичь при раннем и профилактическом фармакологическом вмешательстве. В связи с этим является актуальным поиск маркеров прогнозирования развития ОП при этой патологии.

Цель исследования. Оценка диагностического значения определения показателей костного ремоделирования у больных (РА) с целью прогнозирования развития остеопороза (ОП).

Материалы и методы. Обследовано 88 женщин с РА в возрасте от 21 до 81 года (средний возраст 47,51+9,63). Диагноз РА устанавливался в соответствии с критериями ACR/EULAR 2010. Средняя длительность заболевания РА составляла 7,92+5,21 месяца. У всех больных был исследован уровень 25-ОН витамина D, специфическая последовательность коллагена I типа, продукты деградации коллагена I типа методом ИФА с использованием коммерческих наборов. Диагностическая ценность определялась методом построения ROC-кривых.

Результаты исследования. Исследование уровня N-терминального пропептида проколлагена I типа (P1NP) показало, что он является ценным маркером диагностики ОП при РА (площадь под кривой 0,785), точка принятия диагностического решения 50,225 нг/мл. При использовании данной отсечной точки, специфичность метода составила 71,21%, чувствительность 81,82%.

Определение C-телопептида коллагена I типа методом построения ROC-кривых показало, что в диагностике ОП при РА показатель обладает хорошим качеством (площадь под кривой 0,595), точка принятия диагностического решения 0,988 нг/мл. Чувствительность метода составила 36,36%, специфичность – 90,91%.

При исследовании диагностической ценности 25-ОН витамина D было выявлено, что определение данного маркера в диагностике ОП при РА также обладает хорошим качеством (площадь под кривой 0,696), точка принятия диагностического решения 58,741 нг/мл (чувствительность 95,45%, специфичность 37,88%).

Выводы. Таким образом, уровень P1NP, C-телопептид коллагена I типа и 25-ОН витамина D обладают высокой диагностической ценностью и могут быть использованы для ранней диагностики нарушений костного метаболизма при РА и для прогнозирования развития остеопороза у больных РА.

ГРАНУЛЕМАТОЗНАЯ ЛИМФОЦИТАРНАЯ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ У РЕБЕНКА С ВРОЖДЕННЫМ ИММУНОДЕФИЦИТОМ

Сидоренко М.С.¹, Рыков М.Ю.¹, Долгополов И.С.²

¹Российский государственный
социальный университет,
Москва,

²Тверской государственный
медицинский университет,
г. Тверь

Клинический случай. Анамнез жизни. Пациент (мальчик) от третьей беременности, протекавшей с токсикозом I половины, вторых срочных физиологических

родов на 39 неделе. Вес при рождении 3290 гр, длина 54 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Период новорожденности протекал без особенностей. В возрасте 3 месяцев перенес острую вирусную инфекцию и отит. Заболевание предположительно было ассоциировано с вирусом SARS-CoV-2 (позитивный ПЦР у членов семьи), обследование ребенка не проводилось. Патологии со стороны внутренних органов, костно-мышечной системы и нарушения развития на первом году жизни не отмечено. В 11 месяцев вес 9600 гр, рост 75 см (50-75ый центиль). Окружность головы 43 см (<5ый центиль). Прорезывание зубов с 8 мес. Самостоятельно ходит с 14-месячного возраста. Вакцинирован БЦЖ и против гепатита В. В дальнейшем получил вторую вакцинацию против гепатита В в возрасте 1 месяц.

Наследственность. Ребенок от неродственного брака, в семье не отмечено генетических нарушений. Старшая родная сестра 12 лет практически здорова, посещает среднюю школу.

Анамнез заболевания. Заболел в возрасте 14 месяцев (февраль 2021 г.), когда появились симптомы гнойного конъюнктивита, фарингита и ринита. Получал местное лечение без эффекта. Присоединился малопродуктивный кашель, сопровождающийся рвотой, осиплость голоса. В возрасте 16 месяцев мать отметила шаткость походки, нарастающую мышечную слабость, сонливость, снижение двигательной активности. Отмечались периодические навязчивые движения кистями рук. Родная тетька ребенка, психиатр, отметила появление в этот период поведенческих изменений аутистического спектра. В период с апреля по июль 2021 г. получал терапию амбулаторно амоксициклом, азитромицином, муколитиками без эффекта. Сохранились явления гнойного конъюнктивита, ринита, кашель. Присоединился колит. С момента начала заболевания потеря в весе составила 2 кг.

В начале августа 2021 г. (в возрасте 18 месяцев) отмечено первое повышение температуры до 38°C. При рентгенографии грудной клетки обнаружены двусторонние инфильтративные изменения в нижних долях обоих легких. КТ грудной клетки от 12.08.2021: определяется значительное обогащение и деформация легочного рисунка как за счет сосудистого, так и за счет интерстициального компонентов, снижение пневматизации легочной ткани. Прослеживаются множественные перилимфатические очаги, выраженные перибронхиальные муфты, уплотнение периваскулярного интерстиция. Определяются облаковидные сливающиеся очаги в нижних долях легких, больше в левом легком. Парамедиастинально с обеих сторон, преимущественно в области язычковых сегментов, располагается уплотненная легочная ткань по типу консолидации, на фоне которой определяются расширенные просветы бронхов – тракционные бронхоэктазы. Прослеживаются немногочисленные Y-образные структуры, несколько медиальнее плевральных листков, вероятнее всего отображающие заполненные просветы внутридольковых бронхов с последующим их расширением.

Умеренно выражена внутригрудная лимфоаденопатия (размеры л/у ретрокавальной группы до 8,5 мм). Обращает внимание расширение дистальных ветвей легочных артерий, уплотнение междолевой плевры с наличием многочисленных мелких периплевральных/внутрилегочных л/у (рис. 1). КТ брюшной полости с контрастированием – определяется увеличение КВР (косо-вертикальный размер) правой доли печени до 12,5 см, расширения ствола воротной вены до 0,85 см, селезеночной вены до 0,6 см – возможна портальная гипертензия (паренхима печени однородна, без очаговых образований в артериальную и портальную фазы исследования). Поджелудочная железа увеличена. Прослеживается расширенный до 1 мм вирусунгов проток.

Госпитализирован в стационар с диагнозом: двусторонняя пневмония, гнойный левосторонний отит, конъюнктивит, увеит, колит. Ребенок истощен, видимых пороков развития, ангиом, невусов не выявлено, крипторхизма нет. Черты лица заострены. Выявлены особенности фенотипа: гипертрихоз, антимонголоидный разрез глаз со слегка удлиненными глазными щелями, низкая линия роста волос, короткая шея с крыловидными складками, диспластические низкорасположенные ушные раковины нормального размера, брахидактилия. Аномалии развития верхнего неба отсутствуют. Рост 78,5 см (25-50ый центиль), вес 7600 гр (25ый центиль). Микроцефалия, окружность головы 44 см (<5ый центиль). В анализах крови лейкоцитоз $18 \times 10^9/\text{л}$ (лимфоциты 68%, нейтрофилы сегментоядерные 20%, палочкоядерные 6%), анемия 74 г/л, тромбоциты $468 \times 10^9/\text{л}$. В связи с тяжелой анемией проведена трансфузия эритроцитарной массы. В биохимическом анализе крови – гипоальбуминемия и повышение АСТ и АЛТ в 6 и 5 раз от нормальных значений соответственно. Общий билирубин оставался всегда в пределах 4-8 мкмоль/л. СРБ – 24 мг/л. Выявлен положительный титр IgM к *Mycoplasma pneumoniae*. Общие иммуноглобулины Ig A, M и G повышены в сыворотке 2,34, 1,7 и 18,0 г/л соответственно. При ЭГДС выявлены множественные мелкие эрозии на слизистой желудка и 12-перстной кишки. При морфологическом исследовании биоптатов выявлена нарушение архитектоники, микрофокусы крип-абсцессов на фоне обильной полиморфноклеточной воспалительной инфильтрации. На ЭхоКГ дефект в средней части межпредсердной перегородки, 3,6 мм, со сбросом крови слева-направо 2-2,4 мл/систолы, умеренный выпот в полость перикарда. При ЭКГ-ССС 150-170 в 1 минуту, нарушений ритма и проводимости нет.

Осмотр невролога – очаговой симптоматики и патологических симптомов не выявлено. Отмечаются спонтанно возникающие навязчивые движения (тремор) кистей рук, аутизм.

Ребенок консультирован генетиком: заподозрена синдромальная патология. Проведено исследование кариотипа (46,XY – нормальный мужской кариотип), исключены отдельные формы нарушения обмена веществ (тандемная масс-спектрометрия крови: нарушение

обмена аминокислот, жирных кислот и ацилкарнитиниров не выявлены, спектр органических кислот в моче в пределах нормы)

МРТ головного мозга – картина нерезко выраженного расширения наружных субарахноидальных и внутренних ликворных пространств. Данных за наличие изменений очагового характера в веществе мозга не выявлено. Признаки полисинусита, двухстороннего мастоидита. При электроэнцефалографии не удалось определить эпилептиформную активность.

Пациент получал комбинацию 2 антибиотиков широкого спектра с умеренным эффектом в виде снижения лихорадки, 38°C. Интоксикация, неврологические нарушения и изменения в легких на повторном КТ через 3 недели от поступления сохранялись.

В конце августа 2021 г. ребенок переведен в отделение интенсивной терапии в связи с ухудшением состояния, нарастанием инфекционно-воспалительного синдрома и явлений энтероколита. Отмечались эпизоды гастро-эзофагеального рефлюкса с поперхиванием, снижением сатурации и тахикардией.

В общем анализе крови в период с сентября по середину октября сохранялись анемия I степени, лейкоцитоз от $18,7$ до $22,7 \times 10^9/\text{л}$ с преобладанием нейтрофилов, включая юные формы (до 30%). Наблюдался умеренный тромбоцитоз до $564 \times 10^9/\text{л}$ с тенденцией к нормализации по мере купирования воспалительного синдрома. Прокальцитонин не повышался, оставаясь <0,5 нг/мл в повторных анализах. СРБ колебался в пределах 3-9 мг/л. Уровень печеночных трансаминаз колебался в пределах 1,5-2,5 норм с тенденцией к нормализации. При хромато-масс-спектрометрическом анализе мочи и крови больного признаков нарушения метаболизма аминокислот и алифатических кислот не выявлено.

Антитела к ВИЧ, гепатиту С, герпесу 1, 2 и 6 типов, IgM и G к *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydia pneumoniae* отрицательные. Выявлены IgG к токсоплазме и вирусу Эбштейна-Барр.

Не было выявлено признаков нарушения функции щитовидной железы. Антитела к тиреопероксидазе – 15,4 МЕ/мл. Свободный Т3 – 4,7 пмоль/л, свободный Т4 – 13,21 пмоль/л, ТТГ – 3,94 мкЕ/мл.

Пациент получал массивную терапию, включающую инфузионную терапию, парентеральное питание, комбинацию 2 антибиотиков широкого спектра с добавлением метронидазола с коррекцией по результатам анализов крови и клиническим наблюдениям.

В сентябре 2021 г. на высоте инфекционного процесса проведена пункция костного мозга, которая выявила сохранность всех ростков кроветворения с задержкой созревания клеток гранулоцитарного ростка. Индекс созревания нейтрофилов 1,5.

Исключены муковисцидоз, туберкулез, лейкоз, острые диффузные заболевания суставов и соединительной ткани.

При контрольных ЭхоКГ исследованиях отмечается уменьшение явлений экссудативного перикардита. УЗИ и КТ брюшной полости определяется умеренное

количество свободной жидкости в брюшной полости и малом тазу. На серии повторных рентгенограмм грудной клетки в течение двух месяцев незначительное уменьшение инфильтративных изменений в ткани обоих легких. На КТ от 07.10.2021 в обоих легких сохраняются многочисленные центролобулярные и периферические узелки до 2 мм. Положительная динамика в виде регресса очагов в нижних долях легких. Уменьшение количества перилимфатических очагов, уплотнения периваскулярного интерстиция. Сохраняются перибронхиальные муфты и бронхоэктазы, площадь и плотность парамедиастинальной ткани уменьшилась. Парамедиастинальные изменения, вероятнее всего, отображают формирование участков локального пневмофиброза. Просветы бронхоил расширены. В S3 с двух сторон и S6 справа изменения по типу пневмофиброза. КТ картина может соответствовать гранулематозному заболеванию легких.

При колоноскопии макроскопически видимой патологии не выявлено. При морфологическом исследовании биоптатов слизистой толстой кишки выявлены признаки хронического неклассифицируемого колита с очаговой гиперплазией слизистой оболочки кишки и умеренной лимфоплазмоцитарной инфильтрацией с примесью эозинофилов.

При бронхоскопии изменений слизистой оболочки бронхов не выявлено. Биопсия слизистой не проводилась.

Обострение инфекционного процесса с преобладанием явлений тяжелого энтероколита со середины октября 2021 г. Потеря веса с момента госпитализации – 1000 гр. В анализах крови нейтрофильный лейкоцитоз до $28,3 \times 10^9/\text{л}$, анемия до 78 г/л, повышение печеночных трансаминаз до 8,5-10 раз от нормальных значений, гипоальбуминемия 19 г/л. Не выявлено маркеров, свидетельствующих об гемолитическом характере анемии. Токсин *Clostridium difficile* не обнаружен. Уровень кальпротектина в кале – 1645 мкг/г (норма <50). Дважды с интервалом в 2 недели проводились трансфузии эритроцитарной массы.

Посев крови от 08.11.2021 выявил рост *Klebsiella pneumoniae* в титре 108 КОЕ/мл, устойчивой к амоксицилину/клавуланату. 09.11.2021 на фоне гастроэзофагеального рефлюкса развился эпизод сухого кашля, одышки, десатурации до 88%, тахикардии до 168 в 1 мин, снижения АД до 78/36 мм.рт.ст. Температура тела 38,40С. Ребенок в течение 36 часов находился на ИВЛ с 40% O₂ и РЕЕР 28, после чего был успешно переведен на самостоятельное дыхание. На фоне внутривенной терапии метронидазолом и ванкомицином *res os* отмечается купирование явлений тяжелого энтероколита, стабилизация состояния, набор массы тела (+1700 гр. от момента госпитализации). Уровень лейкоцитов сохраняется в пределах $13-17 \times 10^9/\text{л}$, анемия 1 степени, тромбоциты в пределах нормы. Выявлены антитела к *Aspergillus spp.* В биохимических показателях уровни АСТ и АЛТ сохраняются в пределах 6-11Н, билирубин, мочевины, креатинина, альбумина в норме.

Результаты исследования цитокинов в сыворотке обнаружили повышение уровней интерлейкина-10 (IL-10) 135 пг/мл (норма 0-31), интерлейкина-4 (IL-4) 16 пг/мл (норма 0-4), интерферона гамма (INF γ) 40 пг/мл (норма 0-15) и фактора некроза опухоли альфа (TNF α) 107 пг/мл (норма 0-6), при нормальных уровнях интерлейкинов-2 и 6. Рецептор IL-2 в пределах нормы 71,4 Ед/мл (норма <1000).

Там же проведена биопсия ткани левого легкого. Морфологически – выраженная инфильтрация мелкими лейкоцитами, признаки бронхоиолита, присутствуют бронхи терминального порядка с перибронхиальным фиброзом. Клеточный состав представлен CD20+ В-лимфоцитами, хорошо различим нодулярный паттерн, клетки расположены перибронхиально. Большое количество CD3+CD4+ Т-лимфоцитов, многоядерные клетки позитивны по CD68+. Не выявлена экспрессия EBV, EBV, AdV и CMV. Признаков грибкового поражения не выявлено.

Заключение. У детей в возрасте до 2 лет с выраженной гипотрофией синдром Кабуки может представлять трудности в диагностике в связи с отсутствием у них классически сформированных фенотипических признаков. Ориентиром могут служить наличие у ребенка ментальных нарушений, мелких аномалий развития внутренних органов и нарушения в гуморальном и клеточном звеньях иммунной системы.

АРТРОПАТИЯ НА ФОНЕ МОЧЕПОЛОВОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ: ПРОБЛЕМНЫЕ И НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ

Сидорчук С.Н.¹, Позняк А.Л.², Молчанов О.Л.³

¹Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,

²СЗГМУ им. И.И. Мечникова,

³ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова,
Санкт-Петербург

Проблема поражения суставов, связанных с воспалительным процессом в мочеполовом тракте представляет собой один из важных разделов современной медицины.

Данный обзор ставит своей целью описание проблемных и нерешенных вопросов диагностики таких поражений и осознание существующей терминологии и классификации.

Проведен поиск опубликованных данных отечественных и зарубежных исследователей в отношении артропатий на фоне хламидийной инфекции (ХИ) в период с 1998 г. по 2023 г. с использованием eLIBRARY и PubMed, а также анализ результатов собственных исследований. Мы также рассмотрели рекомендации Экспертного совета по спондилоартритам при Ассоциации

ревматологов России [Эрдес Ш.Ф., 2019], Британской ассоциации сексуального здоровья и ВИЧ (BASHH) по лечению реактивного артрита, приобретенного половым путем; рекомендации по диагностике и лечению спондилоартропатий Европейского альянса ассоциации ревматологов (EULAR).

По-видимому, первое известное описание уретро-окуло-синовиального синдрома дал в 1496 г. один из врачей Колумба. В XX веке широкое распространение получил эпоним «синдром / болезнь Рейтера» который стали применять для обозначения артрита в сочетании с конъюнктивитом, уретритом, развивающимися после предшествующей кишечной или мочеполовой инфекции. В последние годы данный термин практически вышел из употребления по известным причинам. Термин «реактивный артрит» (ReA) предложен в 1969 г. финскими авторами. Известны также термины «урогенный реактивный артрит», «сексуально приобретенный артрит», «хламидия-индуцированная артропатия».

Тип этиологической связи определил существующий подход к терминологии, используемый при описании поражений суставов. Сохраняет свою силу положение о том, что ReA является составной частью группы спондилоартропатий и, следовательно, должен соответствовать известным особенностям этой группы заболеваний как по клиническим, так и по иммуногенетическим (ассоциация с HLA-B27) проявлениям.

Несмотря на долгую историю и многочисленные публикации, частота развития артропатий на фоне ХИ как в России, так и за рубежом достоверно не установлена. Согласно данным Минздрава России, в 2019 г. первичная заболеваемость ReA среди взрослого населения составила от 10,1 до 57,2 случаев на 100 тыс. населения, причем имеются значительные различия по федеральным округам. Данные зарубежных исследований также противоречивы. Главной причиной этого большинство авторов называют отсутствие единой классификации и общепринятых диагностических критериев. Имеются разночтения по вопросам дефиниций, клинико-лабораторной диагностики. Многие эксперты убеждены, что для диагностики ReA необходимо наличие проявлений именно артрита. Другие признают достаточным для диагностики появившиеся у пациента артралгии и/или энтезиты/энтезопатии, дактилит, боль в спине и/или увеит. По вопросу диагностической значимости отдельных проявлений имеются разногласия. Существуют разночтения по вопросу, какой тип артрита имеет отношение к диагнозу «ReA». Большинство высказываются за наличие олигоартрита или моноартрита, однако другие считают, что возможен любой вариант, в том числе и полиартрит.

С 01 января 2022 г. начался переход на Международную классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, 11-го пересмотра. В МКБ-11 данная патология представлена в 15 классе в разделе FA11.2. – Артропатия на фоне мочеполовой инфекции. Следует отметить, что это серьезная междисциплинарная проблема, затрагивающая интересы многих специалистов.

Большинство исследователей придают *S. trachomatis* ключевое значение в развитии данной патологии. В то же время требуется оценка роли *S. pneumoniae* при поражениях суставов. Возбудители образуют первичный очаг инфекции в мочеполовом / респираторном тракте, а при дальнейшем развитии воспалительного процесса, несостоятельностью факторов неспецифической резистентности, происходит гематогенная диссеминация хламидий с поражением различных органов и тканей.

Учитывая многообразие симптоматики, пациенты проходят лечение с различными диагнозами. Это мешает проведению адекватной терапии (профилактики системных проявлений инфекции). Отсутствие клинических рекомендаций и, следовательно, осведомленности врачей, также увековечивает проблему.

Вопрос этиотропной терапии ХИ, как причины артропатии на сегодняшний день, тоже является дискутабельным. До сих пор не определены оптимальные сроки лечения. Для купирования суставного синдрома беспорядочно применяются глюкокортикостероиды, осложняя терапию инфекции. Вследствие этого порой достигается только хронизация процесса.

Новые терминологические подходы и диагностические критерии необходимы для улучшения нашего понимания данной патологии. Целесообразно поражения суставов, ассоциированных с ХИ, рассматривать в контексте ее осложненных (распространенных) форм. Такой подход подчеркивает причинно-следственную связь с жизнеспособными микроорганизмами, заменяя в заблуждение концепцию реактивного артрита как заболевания, характеризующегося их отсутствием в суставе.

ОЦЕНКА ОСНОВНЫХ ПАРАМЕТРОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ КОРРЕКЦИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Симион А.Ю., Овсянников Е.С., Симион К.А.
Воронежский государственный медицинский
университет им. Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Введение. Железодефицитная анемия сопровождает большинство заболеваний (в том числе заболевания сердечно-сосудистой системы). Данное состояние имеет различную этиологию и требует различной тактики у врача-специалиста.

Цель исследования. Изучить влияние железодефицитной анемии на основные параметры качества жизни пациентов с ишемической болезнью сердца до и после лечения препаратом железа.

Материалы и методы. В исследование включены 1210 пациентов со стабильной стенокардией напряжения II-IV функциональных классов, возраст – 67,57±9,35 лет (309 мужчин и 901 женщина). С помощью разработанной компьютерной программы проведен анализ медицинских карт пациентов. Оценивались антропометрические данные, архив ЭКГ, данные коронароангиографии. Проведено исследование параметров анализа крови: уровень гемоглобина, количество эритроцитов, средний объем эритроцитов, среднее содержание гемоглобина в эритроците; средняя концентрация гемоглобина в эритроците.

Применялись критерии анемии: для мужчин-гемоглобин менее 130 г/л, эритроциты - менее $4 \times 10^{12}/л$; для женщин-гемоглобин менее 120 г/л, эритроциты менее $3,8 \times 10^{12}/л$.

Общее качество жизни пациентов оценивалось с помощью опросника SF-36.

Данные обработаны с помощью STATGRAPHICS 18.1.08. Взаимосвязи между признаками оценивались с помощью критерия Спирмена. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Железodefицитная анемия встречалась у 500 пациентов (355 женщин и 145 мужчин), средний возраст составил: у мужчин 65,34±6,37 лет, у женщин 63,49±7,05 лет.

Пациенты в ходе исследования были разделены на две подгруппы: исследуемая группа – пациенты со стабильной стенокардией напряжения и железodefицитной анемией; контрольная группа – пациенты со стабильной стенокардией напряжения без железodefицитной анемии.

Показатели шкалы PF исследуемой группы были значительно снижены – 50% показали менее 40 баллов. В контрольной группе у 75% показатель был более 52 ($p < 0,05$).

Исходные значения шкалы RP в исследуемой группе также были снижены – у 75% пациентов значения равны нулю. В контрольной группе средние значения достигли 10 баллов, различия между группами статистически значимы ($p < 0,05$).

В исследуемой группе медиана значений BP составляла 22 балла, в контрольной группе - 32 балла. Различия между группами до и после лечения были статистически значимыми ($p < 0,05$).

Различия между группами по шкале GH также были статистически значимыми ($40,0 \pm 8,7$ и $50,0 \pm 7,1$, $p < 0,05$).

Средние значения показателя интегрального физического компонента здоровья в контрольной группе составляли 31,5 балла, в исследуемой группе данный показатель составил 41,5 балла, что является статистически значимым различием ($p < 0,05$).

В исследуемой группе значения шкалы VT составили 30 баллов. В контрольной группе медиана составила 47 баллов. Различия статистически значимы ($p < 0,05$).

Исходные показатели шкалы SF в исследуемой группе – 87 баллов. В контрольной группе медиана составляла до 100 баллов, что клинически значимо ($p < 0,05$).

Медиана показателя шкалы RE в исследуемой группе находилась на нулевом уровне, в контрольной группе – 13,3 балла ($p < 0,05$).

Изучая показатели шкалы MN, 75% исследуемой группы имели средний результат ниже 36 баллов. В контрольной группе медиана составила от 52 балла. Различия были статистически значимы ($p < 0,05$).

Интегральный психический компонент здоровья опросника SF-36 в контрольной и основной группах составляли до 5 баллов по медиане, что не клинически значимо, хотя различия между группами были статистически значимы ($37,1 \pm 3,3$ и $41,2 \pm 5,1$, $p < 0,05$).

Выводы. 1. У большинства пациентов (82%) анемия была легкой степени тяжести, чаще встречалась гипохромная анемия (93,4%). 2. Заболеваемость железodefицитной анемией в первую очередь влияет на физические составляющие качества жизни, и в меньшей степени – на психические.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ И ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ НА ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Симион А.Ю., Овсянников Е.С., Симион К.А.
Воронежский государственный медицинский
университет им. Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Введение. 32,9% населения мира страдает анемией, что свидетельствует о широкой распространенности этой патологии. Отсутствие достаточно развитой гематологической помощи не позволяет заниматься проблемой в необходимом объеме.

Цель исследования. Повысить эффективность лечебно-диагностических мероприятий у пациентов со стабильной стенокардией и железodefицитной анемией на амбулаторном этапе.

Материалы и методы. Включены 1210 пациентов со стабильной стенокардией напряжения, возраст – 67,57±9,35 лет (309 мужчин и 901 женщина). С помощью разработанной компьютерной программы проанализированы медицинские карты. Оценивались антропометрические данные, архив ЭКГ, данные коронароангиографии. Проведено исследование параметров анализа крови: уровень гемоглобина и эритроцитов, средний объем эритроцитов, среднее содержание гемоглобина в эритроците; средняя концентрация гемоглобина в эритроците, уровень железа в сыворотке крови.

Применялись критерии анемии: для мужчин-гемоглобин менее 130 г/л, эритроциты – менее $4 \times 10^{12}/л$; для женщин-гемоглобин менее 120 г/л, эритроциты менее $3,8 \times 10^{12}/л$.

Степень тяжести стенокардии оценивалось по классификации Канадского кардиологического общества.

Данные обработаны с помощью STATGRAPHICS 18.1.08. Для сравнения несвязанных выборок использовался однофакторный дисперсионный анализ, для связанных выборок – однофакторный дисперсионный анализ с повторными измерениями. Взаимосвязи между признаками оценивались с помощью критерия Спирмена (достоверны различия при $p < 0,05$).

Результаты. У 500 пациентов выявлена железодефицитная анемия (355 женщин и 145 мужчин), средний возраст составил: у мужчин $65,34 \pm 6,37$ лет, у женщин $63,49 \pm 7,05$ лет. Анемия легкой степени наблюдалась у 410 пациентов, средней тяжести – у 75 пациентов, тяжелая – у 15. У пациентов со стабильной стенокардией напряжения и железодефицитной анемией среднее значение сывороточного уровня железа ($5,6 \pm 1,1$) было ниже, чем среднее значение аналогичного показателя у больных с ишемической болезнью сердца и В12-дефицитной анемией ($11,1 \pm 2,6$) на 49,5% ($p < 0,001$), MCV – на 19,3% ($74,1 \pm 1,8$ против $91,8 \pm 4,2$ соответственно, $p < 0,01$).

У пациентов со стабильной стенокардией напряжения и железодефицитной анемией функциональные классы стенокардии напряжения разделены следующим образом: в 186 случаях – II функциональный класс, в 248 – III функциональный класс, а в 66 – IV функциональный класс.

У больных со стабильной стенокардией напряжения без сопутствующей железодефицитной анемии функциональные классы стенокардии были разделены следующим образом: в 456 случаях – II функциональный класс, в 196 – III функциональный класс, а в 58 – стенокардия IV функциональный класс.

Пациенты со стабильной стенокардией напряжения и железодефицитной анемией, в отличие от пациентов со стабильной стенокардией напряжения без железодефицитной анемии, имели следующие характерные клинические признаки: более высокую частоту сердечных сокращений в состоянии покоя ($71,8 \pm 8,7$ и $81 \pm 9,5$, $p = 0,03$), частоту дыхательных движений ($18,9 \pm 1,1$ и $18,3 \pm 1,2$, $p = 0,007$), уровень систолического артериального давления ($131,7 \pm 14,3$ и $135,8 \pm 15,6$; $p = 0,02$).

При анализе 500 медицинских карт выявлено, что только в 52 случаях (10,4%) анемия вынесена сопутствующим заболеванием, в 156 случаях (31,2%) – осложнением основного заболевания, в 292 случаях (58,4%) анемия не включена в диагноз. Специфической коррекции анемии не проводилось!

Выводы. 1. Использование разработанной компьютерной программы позволяет оценивать лечебно-диагностический процесс у пациентов с железодефицитной анемией, мониторировать эффективность

проводимого лечения и своевременно корректировать терапию. 2. Железодефицитная анемия способствует тяжелому течению стабильной стенокардии напряжения, что подтверждается высокой частотой III-IV функциональных классов стенокардии напряжения. 3. Пациенты со стабильной стенокардией напряжения и железодефицитной анемией чаще страдают сердцебиением, одышкой и отеками голеней и стоп, повышенным уровнем систолического артериального давления.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ДО И ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ НА ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

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

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

Введение. Анемия распространена среди больных с кардиоваскулярной патологией. Данное состояние является фактором риска неблагоприятного прогноза при ишемической болезни сердца.

Цель исследования. Изучить влияние железодефицитной анемии на течение ишемической болезни сердца до и после коррекции препаратом железа с использованием компьютерной системы мониторинга.

Материалы и методы. С помощью разработанной компьютерной программы проведен анализ медицинских карт пациентов с ишемической болезнью сердца (стабильная стенокардия напряжения). Оценивались антропометрические данные, архив ЭКГ, данные коронароангиографии.

Проведено исследование параметров анализа крови: уровень гемоглобина и эритроцитов, средний объем эритроцитов, среднее содержание гемоглобина в эритроците; средняя концентрация гемоглобина в эритроците, уровень железа в сыворотке крови.

Применялись критерии анемии: для мужчин-гемоглобин менее 130 г/л, эритроциты – менее $4 \times 10^{12}/л$; для женщин-гемоглобин менее 120 г/л, эритроциты менее $3,8 \times 10^{12}/л$.

Степень тяжести стенокардии оценивалось по классификации Канадского кардиологического общества.

Пациенты получали стандартную терапию, рекомендованную для лечения ИБС. В дополнение у пациентов с анемией входил препарат железа. Средняя продолжительность терапии была $160,1 \pm 8,4$ дня.

Пациенты были разделены на две группы:

– основная группа – пациенты с ИБС и железодефицитной анемией;

– группа сравнения – пациенты с ИБС без анемического синдрома.

В основной группе выделены две подгруппы:

– первая подгруппа – пациенты с ИБС и железодефицитной анемией, получавшие терапию препаратом железа (410 пациентов);

– вторая подгруппа – пациенты с ИБС и железодефицитной анемией, не получавшие терапию препаратом железа в связи с отказом от лечения или в виду противопоказаний (90 пациентов).

Данные обработаны с помощью STATGRAPHICS 18.1.08. Для сравнения несвязанных выборок использовался однофакторный дисперсионный анализ, для связанных выборок – однофакторный дисперсионный анализ с повторными измерениями. Взаимосвязи между признаками оценивались с помощью критерия Спирмена (достоверны различия при $p < 0,05$).

Результаты. Из 1210 пациентов с ишемической болезнью сердца железодефицитная анемия выявлена у 500 (41,3%), из них 385 женщин и 115 мужчин. Средний возраст обследуемых составил: у мужчин $65,34 \pm 6,37$ лет, у женщин $63,49 \pm 7,05$ лет. Анемия легкой степени наблюдалась у 410 пациентов (8,2%), средней тяжести – у 75 (15%), тяжелая – у 15 (3%).

В первой подгруппе основной группы пациентов после комбинированной терапии произошел рост сывороточного железа на 112,8%, насыщения трансферрина железа на 50% и увеличение уровня гемоглобина на 11,7%, гематокрита на 13,4%. Наблюдалось статистически достоверное увеличение объема эритроцитов на 6,6%, а также шестикратное увеличение концентрации ретикулоцитов ($p < 0,05$). Повышение уровня показателей общего анализа крови сопровождалось увеличением толерантности к физической нагрузке на 112,6% ($p < 0,05$), а также незначительным улучшением фракции выброса левого желудочка на 1,4%. При этом во второй подгруппе основной группы пациентов и группе сравнения не наблюдалось статистически значимых изменений изучаемых параметров.

После окончания лечения согласно результатам теста, на толерантность к физической нагрузке в первой подгруппе основной группы не было зафиксировано IV функционального класса стенокардии, который до лечения присутствовал в 13,2% случаев, а также в 35,5% случаев зафиксирован I функциональный класс стенокардии, чего не наблюдалось до начала терапии. В целом, в первой подгруппе пациентов основной группы I-II ФК стенокардии после лечения составил 90,3%. При этом во второй подгруппе основной группы и группе сравнения не наблюдалось статистически значимых изменений со стороны изученных параметров.

При холтеровском мониторировании ЭКГ в первой подгруппе основной группы пациентов после терапии за счет улучшения показателей общего анализа крови и насосной функции сердца, наблюдалось статистически значимое снижение частоты ишемических эпизодов на 79,2% (с $12,5 \pm 1,3$ до $2,6 \pm 0,9$, $p < 0,05$).

Выводы. 1. Анемия способствует более тяжелому течению стабильной стенокардии напряжения, что подтверждается снижением толерантности к физической нагрузке и более высокой частотой встречаемости IV функционального класса стенокардии напряжения. 2. Коррекция анемического синдрома приводит снижению частоты ишемических эпизодов миокарда в основной группе больных с ишемической болезнью сердца и анемией.

УРОВНИ ХОЛЕСТЕРИНА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТМ МИОКАРДА И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

Скородумова Е.Г., Скородумова Е.А.,
Костенко В.А., Сиверина А.В.
НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе,
Санкт-Петербург

Цель. Оценить связь уровней холестерина с активностью онкологического процесса при инфаркте миокарда (ИМ).

Материалы и методы. Обследовано 350 пациентов, имевших инфаркт миокарда и злокачественное новообразование. Из них 97 мужчин (49,5%) и 99 женщин (50,5%) имели активный рак (суммарно – 196 пациентов) и 70 мужчин (45,5%) и 84 женщины (54,5%) – перенесенный (суммарно – 154 пациента), таким образом в исследовании приняли участие 167 мужчин (47,7%) и 183 женщины (52,3%). Средний возраст у пациентов с активным раком составил 71,0 [66,0; 71,0] лет, с перенесенным – 72,0 [67,0; 72,0] лет. Всем пациентам была выполнена липидограмма и полученные результаты были статистически обработаны.

Результаты. 115 больных с активным онкологическим заболеванием и 67 пациентов с перенесенным имели ИМ с подъемом сегмента ST (ИМспST) ($p < 0,005$), в то время как среди больных с ИМ без подъема сегмента ST статистически значимой связи выявлено не было ($p = 0,07$). Госпитальная летальность от инфаркта миокарда в выборке с активным раком составила 63 пациента (32,1%), в выборке с перенесенным – 26 пациентов (16,8%) ($p = 0,001$). Общий холестерин у пациентов с активным раком составил 4,55 [3,48; 5,38] ммоль/л, с перенесенным – 4,90 [4,28; 6,14] ммоль/л ($p = 0,015$); триглицериды у больных с активным раком составил 1,19 [0,82; 1,97] ммоль/л, с перенесенным – 1,54 [1,29; 1,8] ммоль/л ($p = 0,007$); липопротеиды низкой плотности у пациентов с активным раком составил 2,95 [2,01; 3,92] ммоль/л, с перенесенным – 2,98 [2,2; 4,07] ммоль/л ($p = 0,996$); высокой – у пациентов с активным раком составил 0,9 [0,79; 1,22] ммоль/л, с перенесенным – 1,09 [0,95; 1,35] ммоль/л ($p = 0,048$);

коэффициент атерогенности – у пациентов с активным раком составил 3,33 [2,35; 5,42] ммоль/л, с перенесенным – 3,34 [2,3; 4,83] ммоль/л ($p=0,737$).

Выводы. 1. У пациентов с активным онкологическим заболеванием статистически чаще бывает ИМспST, в то время как у лиц с перенесенным онкологическим заболеванием такой взаимосвязи не было выявлено. 2. У пациентов с перенесенным онкологическим заболеванием уровень общего холестерина выше, чем у лиц, имеющих активное онкологическое заболевание. Это связано с фракцией триглицеридов, которая у данных пациентов выше. Также у этих пациентов выше уровень липопротеидов высокой плотности, хотя коэффициент атерогенности статистической связи не имел. 3. Уровень госпитальной летальности от инфаркта миокарда у пациентов с активным злокачественным заболеванием был выше, по сравнению с лицами с перенесенным злокачественным заболеванием.

РОЛЬ ТЕСТОСТЕРОНА В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТЕОПОРОЗА У МУЖЧИН В ПЕРИОД АНДРОПАУЗЫ

Смирнов В.В.

Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить влияние ЗГТ препаратами тестостерона на минерализацию костной ткани и профилактику остеопороза у мужчин с остеопенией в андропause. Оценить профиль безопасности этого вида терапии у данной когорты пациентов.

Материалы и методы. В течение 24 месяцев в динамике обследованы две группы пациентов мужского пола в возрасте от 50 до 65 лет, имеющих уровень тестостерона ниже 12 нмоль/л – нижнего диагностического порога по рекомендациям ISSAM Пациенты имели признаки дефицита минерализации костной ткани в диапазоне остеопении по результатам рентгеновской денситометрии поясничного отдела позвоночника (Т- 1,7-2,4 SD). Значений Т-критерия, соответствующих диагностическим критериям остеопороза, у них выявлено не было.

Первую группу составили пациенты с возрастным Анд, получавшие ЗГТ препаратами тестостерона (n-28, средний возраст 55,1±4,7 лет). Вторая группа была представлена пациентами (n-30 с возрастным Анд, не получавших ЗГТ). Средний возраст пациентов этой группы составил 52,7±5,3 года. Таким образом, пациенты обеих групп были сопоставимы по возрасту и степени Анд. Из исследования исключались пациенты с первичным гиперпаратиреозом, дефицитом витамина Д, гипотиреозом, нарушением функции почек

(стадия хронической болезни почек С3а и ниже), злокачественными новообразованиями, пациенты с уровнем общего простатического специфического антигена (ПСА) выше 4,5 нг/мл, гиперкортицизмом, уровнем гематокрита на момент включения в исследование выше 51%, хроническим гепатитом и циррозом печени, ревматоидным артритом и другими системными заболеваниями соединительной ткани, имеющие в анамнезе длительную терапию (более трех месяцев глюкокортикоидами), с синдромом мальабсорбции, имеющие в анамнезе эпизоды системной тромбоэмболии и страдающие хроническим алкоголизмом.

В обеих группах проводилось общеклиническое обследование, в том числе определение уровня кальция общего и ионизированного, уровня витамина Д, гомоцистеина. Исследовались в динамике уровни общего ПСА и клинического анализа крови для оценки уровня гематокрита. Пациентам обеих групп выполнялась в динамике двухфотонная рентгеновская денситометрия в поясничном отделе позвоночника на рентгеновском костном денситометре «Explorer» фирмы Hologic. Оценивались результаты по Т-критерию минеральной плотности поясничного отдела позвоночника. Также в динамике оценивались уровни маркеров резорбции костной ткани и активности остеобластов – В-crosslaps и остеокальцин. Кроме того пациентам обеих групп проводилась оценка уровня депрессии по шкале Бека (BDI) в начале и в конце исследования

Результаты. У пациентов обеих групп в начале исследования уровень тестостерона был сопоставим. В первой группе на фоне проведения ЗГТ он увеличился с 11,23±0,7 до 18,65±0,8 нмоль/л ($p<0,01$), а во второй группе снизился с 10,97±0,8 до 8,96±0,8 нмоль/л ($p<0,05$). по результатам измерения минеральной плотности костной ткани позвоночника у пациентов обеих групп Т-критерий находился в диапазоне остеопении от - 1.7 до - 2.4 SD, не соответствуя, таким образом, диагностическому порогу нормы и квалификационным критериям остеопороза, поэтому специализированная терапия бисфосфонатами, терипаратидом или препаратами моноклональных антител этим пациентам не назначалась. У пациентов первой группы, которые получали ЗГТ препаратами тестостерона и профилактическую терапию витамином Д в дозе от 2000 до 5000 ЕД в сутки в течении двух лет, средние показатели минерализации костной ткани поясничного отдела позвоночника по Т-критерию значительно улучшились от 2,01±0,1 до 1,6±0,1 (при $p<0,01$), перестав, таким образом, соответствовать диагностическому порогу остеопении. Ни у одного из пациентов этой группы величина среднего стандартного отклонения не превысила 2,4 SD, что соответствовало бы критериям остеопороза. Во второй группе пациентов, которые получали только витамин Д с профилактической целью, минеральная плотность костной ткани поясничного отдела позвоночника практически не изменилась, составив соответственно 2,07±0,1 на старте исследования и 1,96±0,2 через 2 года ($p>0,05$). При этом у четырех па-

циентов второй группы при обследовании в динамике был диагностирован остеопороз.

Средние уровни В-crosslaps – показателя резорбции костной ткани – у пациентов первой группы значительно снизились с $0,51 \pm 0,1$ до $0,33 \pm 0,1$ нг/мл ($p < 0,01$) а показатели активности остеобластов – белка остеокальцина – напротив, достоверно возросли с $25,37 \pm 4,1$ до $37,8 \pm 5,6$ нг/мл ($p < 0,05$). При этом во второй группе изменений практически не произошло – уровни бета кросслапс ($0,49 \pm 0,1$ и $0,52 \pm 0,1$ нг/мл) и N-остеокальцина ($22,46 \pm 5,0$ и $28,74 \pm 4,6$ нг/мл) практически не изменились ($p > 0,05$). За время наблюдения исключались факторы, которые могли бы повлиять на результаты исследования, такие например, как дефицит витамина Д. Уровни которого были сопоставимы у пациентов обеих групп, на старте и при окончании исследования $41,5 \pm 6,0$ и $44,9 \pm 7,16$ до старта терапии и $66,3 \pm 9,11$ и $72,5 \pm 10,31$ через 2 года. Кроме того из исследования исключались пациенты с переломами костей в результате травмы.

Проанализирована также и безопасность терапии препаратами тестостерона на примере изменения динамики уровня гематокрита и гемоглобина в сравнении у пациентов обеих групп, а также средние уровни общего простатспецифического антигена (PSA) и гомоцистеина. Результаты представлены у пациентов обеих групп средние уровни ПСА не отличались как при первом, так и при повторном исследовании составив в первой группе $1,89 \pm 0,2$ и $1,97 \pm 0,2$ нг/мл а во второй $1,67 \pm 0,2$ и $1,93 \pm 0,2$ нг/мл ($p > 0,05$).

В клиническом анализе крови у пациентов, получавших терапию тестостероном, были заметны изменения уровня гематокрита с $0,46 \pm 0,03$ до $0,51 \pm 0,03\%$ и повышение уровня гемоглобина $139,3 \pm 4,8$ до $152,7 \pm 4,3$ ($p < 0,01$) у одного пациента была отмечена вторичная полицитемия. У пациентов второй группы достоверных изменений в анализе крови не произошло, уровни гемоглобина и гематокрита практически не изменились $137,3 \pm 5,1$ и $139,1 \pm 5,6$ г/л и $0,44 \pm 0,02$ и $0,46 \pm 0,03\%$ ($p > 0,05$). Уровень гомоцистеина у пациентов первой группы снизился с $15,32 \pm 2,4$ до $10,91 \pm 1,3$ мкмоль/л ($p < 0,05$). Во второй группе изменений не произошло: $14,86 \pm 2,1$ и $13,87 \pm 1,4$ мкмоль/л ($p > 0,05$). Оценка среднего балла уровня депрессии по шкале Бека показала, что при первичном исследовании он не отличался в обеих группах и соответствовал уровню легкой депрессии (субдепрессии) составляя $14,4 \pm 2,0$ и $13,9 \pm 2,0$ соответственно ($p < 0,05$). При проведении повторного исследования в первой группе на фоне проведения ЗГТ он значительно снизился до $7,2 \pm 1,4$ ($p < 0,01$) что соответствовало отсутствию депрессивной симптоматики (менее 10 баллов). Во второй средний балл незначительно вырос до $14,7 \pm 2,1$ ($p < 0,05$).

Выводы. Результаты исследования показали, что ЗГТ препаратами тестостерона у мужчин с возрастным Анд является эффективной мерой в профилактике развития остеопороза и может назначаться в качестве профилактических мер при отсутствии противопока-

заний. Исследования профиля безопасности показали отсутствие четкой взаимосвязи между терапией тестостероном и риском патологии предстательной железы. Что касается влияния на сердечно-сосудистую систему, ЗГТ показала разнонаправленное влияние на риск возникновения сердечно-сосудистой патологии. С одной стороны, достоверно повышался риск гиперкоагуляции за счет повышения уровня гематокрита и гемоглобина. С другой стороны, показано четкое статистически значимое снижение уровня гомоцистеина, который является косвенным маркером сердечно-сосудистой патологии.

Терапия препаратами тестостерона у мужчин в андропаузе демонстрирует эффективное снижение уровня депрессии, включая позитивные изменения. Измеряемые по шкале депрессии Бека.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЦЕФАЛГИИ У ПАЦИЕНТА С НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

Смирнова А.Е.

Городская поликлиника №54,
Санкт-Петербург

Введение. Нейродегенеративные заболевания (НДЗ) представляют группу патологий вследствие постепенной гибели нервных клеток, характеризуются полиморфной симптоматикой и прогрессирующим неврологическим дефицитом, а также являются одной из ведущих медико-социальных проблем, что представляет интерес для специалистов терапевтического профиля.

Цель. Описание клинического наблюдения пациента с цефалгическим синдромом и длительным анамнезом нейродегенеративного заболевания.

Материалы и методы. Исследование неврологического статуса, нейропсихологическое тестирование, магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга, электроэнцефалография (ЭЭГ), ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) сосудов головы и шеи, электронейромиография (ЭНМГ).

Результаты и обсуждение. Пациент С. 65 лет., с 2017 года наблюдался в поликлинике с длительным анамнезом гипертонической болезни. В 2020 году перенес COVID-19, после чего отмечал ухудшение состояния. Обратился к участковому терапевту с жалобами на головные боли в теменно-затылочной и лобной области давяще-сжимающего характера (по ВАШ 5 баллов), снижение памяти, усиление головокружения и слабости в ногах, нарушение походки. Пациент С. был консультирован неврологом, за период наблюдения прошел обследования, курсы лечения в дневном стационаре амбулаторно с незначительным

улучшением. По данным МРТ головного мозга от 2022 года: данных за ОНМК или объемный процесс не получено; МР-картина атрофических изменений мозга, гемисфер и средних ножек мозжечка (вероятно, проявления МСА-Р); очаговых изменений головного мозга, сосудистого генеза, умеренного расширения наружных ликворных пространств, формирующееся пустое турецкое седло. УЗДС: атеросклероз сосудов, гемодинамически значимых стенозирующих изменений не выявлено, кровоток без значимой асимметрии на всем протяжении. ЭНМГ: патологии не выявлено. ЭЭГ: снижение восходящих активирующих влияний коры ГМ с признаками недостаточности неспецифических срединных структур ГМ, акцент медленной активности в лобно-височной области обоих полушарий, специфической эпилептиформной активности не выявлено. С предварительным диагнозом «ЦВБ. Энцефалопатия неуточненного генеза. Нейродегенеративное заболевание?» направлен на госпитализацию в стационар неврологического профиля г. Санкт-Петербурга для уточнения диагноза и коррекции терапии. В неврологическом статусе отмечаются когнитивные нарушения, эмоциональная лабильность, снижена критика к своему состоянию. Дизартрия, дисфония средней степени. Парез конвергенции с двух сторон. Гипомимия. Рефлексы орального автоматизма: хоботковый. Гипертонус по экстрапирамидному типу в левой руке и ноге. Рефлексы: с рук D=S средней живости, с ног D=S снижены. Патологические знаки: Россолимо верхний, симптом Бабинского с двух сторон. Координаторные пробы выполняет с интенцией и выраженной атаксией. В позе Ромберга не оценить из-за постуральной неустойчивости. Ходит при помощи ходунков с посторонней помощью. По результатам нейропсихологического тестирования выявлено выраженное снижение когнитивных функций. MMSE – 9, MoCA – 8, FAB – 2, HADS: клиническая выраженная тревога (16 баллов) и депрессия (14 баллов). В динамике МРТ головного мозга от 2023 года: МР-картина выраженных атрофических изменений мозжечка и ствола ГМ (оливопонтоцеребеллярная атрофия), МР-картина единичных очагов белого вещества сосудистого генеза, МР-признаки расширения наружных ликворных пространств заместительного характера; симптом «креста» в средних отделах моста и атрофия среднего мозга. Установлен диагноз «Нейродегенеративное заболевание центральной нервной системы (оливопонтоцеребеллярная дегенерация) с пирамидной недостаточностью, цефалгическим синдромом, выраженными статико-локомоторными нарушениями, выраженными когнитивными расстройствами, псевдобульбарным синдромом, прогрессирующее течение. Расстройство адаптации, пролонгированная тревожно-депрессивная реакция на стресс на фоне органического эмоционально-лабильного расстройства». В результате проводимого курса медикаментозного лечения (нейропротекторы, АХЭП, антагонисты NMDA-рецепторов, антидепрессанты), логопедиче-

ской коррекции, когнитивно-поведенческого тренинга состояние без динамики, сохраняется выраженный неврологический дефицит, прогрессирующее течение заболевания. Вследствие социально-бытовой дезадаптации пациент С. направлен на МСЭ для решения вопроса установления группы инвалидности.

Выводы. Таким образом, поздняя диагностика и отягощенность состояния головными болями способствует ухудшению течения нейродегенеративного заболевания, затрудняет эффективность лечения. Представленный клинический случай определяет важность информированности врачей первичного звена, своевременного направления пациентов к неврологу с целью подбора поддерживающей терапии, сохранения минимального уровня качества жизни лиц с данной патологией и возможной стабилизации состояния.

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОПУТСТВУЮЩИМ ДЕФИЦИТОМ ЖЕЛЕЗА

Смирнова М.П., Чижов П.А., Иванова Ю.И.

Ярославский государственный
медицинский университет,
г. Ярославль

Введение. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) сопровождается разнообразными коморбидными состояниями, которые ухудшают клинические проявления и увеличивают частоту летальных исходов. Распространенным коморбидным состоянием для ХСН является дефицит железа (ДЖ), который встречается у 50% пациентов со стабильной ХСН и у 80% с декомпенсированной ХСН. Влияние наличия ДЖ на частоту летальных исходов у пациентов с ХСН изучено недостаточно.

Цель работы. Оценить частоту летальных исходов у пациентов с ХСН в зависимости от наличия ДЖ в течение 3 и 5 лет наблюдения.

Материалы и методы. У 294 пациентов терапевтического отделения (средний возраст 71,3±6,4 года) с ХСН разного функционального класса (ФК) NYHA определяли уровень железа в мкмоль/л, ферритина в мкг/л, трансферрина в г/л в сыворотке крови определяли фотометрическим методом. Процент насыщения трансферрина железом (КНТЖ) рассчитывали по формуле: КНТЖ = (железо сыворотки, мкмоль/л × 398) / трансферрин, мг/дл. ДЖ устанавливали по рекомендациям Европейского кардиологического общества: ферритин сыворотки крови <100 мкг/л или ферритин в диапазоне 100-299 мкг/л и КНТЖ <20%. После выписки пациентов оценивали жизненный статус и ча-

стоту летальных исходов в течение 3 и 5 лет по данным программ статистического учета.

Результаты. Дефицит железа при поступлении был диагностирован у 213 (72%) обследованных больных, отсутствие ДЖ – у 81 (28%) больного. После выписки через 3 года и 5 лет был проведен анализ жизненного статуса всех участников исследования. По группе в целом количество летальных исходов в течение 3 лет составило 20,3%, то есть у пятой части исследованных пациентов, в течение 5 лет – 27,5%, то есть у каждого четвертого больного.

С целью учета влияния коморбидности по ДЖ на момент включения в исследование изучалось количество летальных исходов по подгруппам. При оценке частоты летальных исходов в течение 3 лет после включения в исследование установлено, что в подгруппе с ХСН и ДЖ частота летальных исходов была достоверно выше, чем у лиц с ХСН без сопутствующего ДЖ – 24% против 13,9%. При оценке летальности на протяжении 5 лет наблюдения у больных с ДЖ число летальных исходов также больше, чем у пациентов без ДЖ – 35,3% против 20,4%. Наиболее частыми причинами летальных случаев в обеих подгруппах были острая сердечная недостаточность, инфаркт миокарда, внебольничная пневмония. Частота летальных исходов по отдельным причинам смерти не имела отличий в сравниваемых подгруппах.

При оценке влияния ДЖ на летальность в подгруппах с разными ФК ХСН установлено, что в течение 5 лет у пациентов с ФК4 в подгруппе с ДЖ количество летальных исходов было достоверно больше, чем в аналогичной подгруппе без ДЖ. При анализе показателей обмена железа на этапе включения в исследование установлено, что в подгруппе пациентов с летальным исходом на данном этапе были достоверно ниже уровень железа и КНТЖ.

Выводы. Негативное влияние коморбидности по ДЖ у пациентов с ХСН проявляется достоверным увеличением частоты летальных исходов при наблюдении в течении 3 и 5 лет.

ЭМБОЛОГЕННЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА. ДАННЫЕ МНОГОЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

Соловьева М.В., Болдуева С.А.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель. Оценить частоту эмбологенного инфаркта миокарда (ЭИМ), особенности течения, внутригоспитальный и отдаленный прогноз в данной группе пациентов.

Материал и методы. В период с 1 января 2013 г. по 31 декабря 2019 г. среди 1989 пациентов, поступив-

ших в кардиологическое отделение ФГБОУ ВО СЗГМУ имени И.И. Мечникова с диагнозом инфаркт миокарда (ИМ), была отобрана группа больных с ЭИМ. Критериями включения в исследование являлись критерии SUIТА. Статистическая обработка данных проведена в программе SAS.

Результаты и обсуждение. ЭИМ считается редкой патологией. Однако, больших исследований, посвященных этой теме крайне мало. Кроме того, ученые, изучающие эту проблему, сходятся во мнении, что данные о малой встречаемости ЭИМ связаны с трудностями диагностики. В настоящем исследовании за период наблюдения было зарегистрировано 16 случаев ЭИМ, что составляет 0,8% от числа всех пациентов с ИМ и 4,3% от больных с ИМ и фибрилляцией предсердий (ФП). ЭИМ был доказанным, согласно большим и малым признакам SUIТА, в 8 случаях из 16, у остальных 8 пациентов диагноз являлся вероятным. ЭИМ чаще развивался у пациентов с ФП – в 68,7% случаев (95% ДИ=41,5%–88,9%). Чаще причиной ЭИМ была предрасполагающая ФП – в 10 из 11 случаев. Все ФП-ассоциированные ЭИМ были зарегистрированы у пациентов с высоким риском тромбэмболических осложнений (средние баллы по шкале CHA2DS2-VASc=3,6 (1,6 балла), не имевших до госпитализации адекватной антикоагулянтной терапии. Среди пациентов с ЭИМ преобладали мужчины (62,5% (95% ДИ=35,4%–84,8%)). Они были моложе (средний возраст 64,3 (15,1) лет), имели меньше сопутствующих заболеваний по сравнению с больными с ИМ без ФП. Наиболее частой тактикой реваскуляризации у пациентов с ЭИМ была тромбаспирация. 13 из 16 пациентов с ЭИМ были назначены антикоагулянты, в том числе в составе многокомпонентной антитромботической терапии. В ходе госпитализации комбинированная конечная точка (тромбоэмболия легочной артерии+инсульт+сердечно-сосудистая смертность) была зарегистрирована у 25% больных (95% ДИ=7,3%–52,2%), в отдаленном периоде – у 30% пациентов (95% ДИ=6,7–65,2). Все эти больные имели ФП. ЭИМ у пациентов с ФП были ассоциированы с развитием тяжелой хронической сердечной недостаточности (ХСН) к моменту выписки (33,3% (95% ДИ=12,0%–61,3%)), а также с декомпенсацией ХСН в отдаленном периоде (40,0% (95% ДИ=12,2%–73,7%)).

Выводы. ЭИМ встречается в реальной клинической практике. ЭИМ чаще развивается у пациентов с ФП, всегда на фоне отсутствия адекватной антикоагулянтной терапии. Пациенты с ЭИМ и ФП имеют неблагоприятный прогноз, обусловленный рецидивирующими тромбэмболическими событиями, прогрессированием ХСН. Учитывая постоянный рост числа больных с ФП, следует ожидать увеличение распространенности ЭИМ. В связи с этим необходимо помнить о данном диагнозе, применять критерии SUIТА, выполнять не только коронарографию, но и в спорных случаях – дополнительные визуализирующие методики, в частности, оптическую когерентную томографию, для того, чтобы не пропускать данную патологию.

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ АНТИТЕЛ К ЭЛАСТИНУ И ЭЛАСТАЗЕ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ: ФОКУС НА КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Спицина С.С., Емельянова О.И., Русанова О.А.,
Бедина С.А., Трофименко А.С., Мозговая Е.Э.

Волгоградский государственный
медицинский университет,
г. Волгоград

Введение. Аутоиммунное воспаление в соединительной ткани и ее производных – это ключевое звено патогенеза многих ревматических заболеваний, включая системную красную волчанку (СКВ). Характерное для этого заболевания вовлечение в патологический процесс различных органов и систем определяется поражением как соединительной стромы, так и сосудов. Одним из главных элементов межклеточного вещества соединительной ткани является эластин. Известно, что деградация пептидных связей в эластине катализируется ферментом эластазой, которая выделяется из гранулоцитарных лизосом в очагах воспаления и деструкции эластических структур. Эластин в большом количестве содержится в стенках сосудов и клапанном аппарате сердца. Эластаза активно участвует в развитии артериальной гипертензии и атерогенеза: посредством положительного заряда своих молекул протеиназы взаимодействуют с эндотелием сосудов, изменяют их электрические поля, что приводит к задержке натрия в сосудистой стенке, вызывающей отек. Ремоделирование эластических волокон под воздействием эластазы сопровождается потерей сосудистого тонуса и снижением эластичности стенки артерий, приводя к прогрессированию атеросклероза. Антитела к эластину и эластазе являются предикторами развития сосудистой патологии при СКВ.

Цель исследования. Выявить взаимосвязь между уровнем антител к эластину и эластазе у больных СКВ и поражением сердечно-сосудистой системы.

Материалы и методы. Исследовалась сыворотка 30 доноров и 46 больных СКВ. Диагноз СКВ верифицировался с помощью диагностических критериев EULAR/ACR 2019г. Антитела к эластину и эластазе определяли в сыворотке крови методом непрямого иммуноферментного анализа (ELISA) с использованием магнитосорбентов (по методу Гонтаря И.П.), которые представляют собой полиакриламидные гранулы размером 10-100 мкм с магнитным материалом в центре, содержащие антиген в поверхностном слое. Результаты выражали в единицах оптической плотности (е.о.п.).

Результаты и обсуждение. При исследовании сывороток крови здоровых лиц верхняя граница нормы уровня антител к эластину составила 0,104 е.о.п.,

а к эластазе – 113 е.о.п. Повышенные уровни антител к эластину выявили у 27 (50,8%) больных СКВ, составляя в среднем $0,138 \pm 0,067$ е.о.п., а к эластазе – у 38 (82,6%) пациентов, со средним уровнем $0,154 \pm 0,076$ е.о.п. Повышенный уровень антител ассоциировался с поражением сердца и сосудов. В группе пациентов с СКВ у 28 (60,7%) человек выявлялось поражение сердца в виде миокардита, проявлявшегося типичными изменениями на электрокардиографии, и кардиалгиями. У больных СКВ уровень антител к эластину и эластазе достоверно зависел от активности патологического процесса и поражения сердечно-сосудистой системы ($p < 0,001$). При первой степени активности СКВ антитела к эластину в пределах $0,104 \pm 0,010$ е.о.п., при поражении сердца $0,112 \pm 0,006$ е.о.п.; к эластазе – $0,116 \pm 0,008$, при поражении сердечно-сосудистой системы – $0,124 \pm 0,006$ е.о.п.. При второй степени активности антитела к эластину были $0,128 \pm 0,006$ е.о.п., при поражении сердца, соответственно, – $0,136 \pm 0,007$ е.о.п.; антитела к эластазе – $0,148 \pm 0,004$ е.о.п., с сердечно-сосудистой патологией – $0,157 \pm 0,005$ е.о.п.. У пациентов с третьей степенью активности СКВ антитела к эластину составили $0,154 \pm 0,004$ е.о.п., с признаками поражения сердца – $0,168 \pm 0,005$ е.о.п.; антитела к эластазе – $0,172 \pm 0,008$ е.о.п., при поражении сердечно-сосудистой системы – $0,185 \pm 0,008$ е.о.п..

Выводы. В ходе проведенного исследования была выявлена взаимосвязь между уровнем антител к эластину, эластазе и вовлечением в патологический процесс сердечно-сосудистой системы. Данный факт свидетельствует, что антитела к эластину и эластазе являются своеобразными предикторами развития сосудистой патологии при СКВ.

СПЕКТР ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Старовойтова М.Н., Десинова О.В.
Научно-исследовательский институт
ревматологии им. В.А. Насоновой,
Москва

В настоящее время системная склеродермия рассматривается как системное заболевание соединительной ткани с полиморфной клинической картиной, характерной периферической и висцеральной патологией, в основе которой лежит прогрессирующий фиброз и генерализованная облитерирующая микроангиопатия. Но именно поражение кожи по-прежнему является одним из основных клинических признаков, определяющих облик и характер заболевания в целом.

Поражение кожи частый (93%) и характерный признак заболевания, но не является облигатным. В начале заболевания встречается лишь у 1/3 больных.

Поражение кожи при ССД имеет важное диагностическое, классификационное и прогностическое значение. Индуративные изменения, а именно их распространенность, лежат в основе выделения двух основных форм ССД: диффузной и лимитированной.

По общему мнению, если поражение кожи ограничивается вовлечением дистальных отделов конечностей до локтевых и коленных сгибов, преимущественно кистей и стоп, а также лица, то речь идет о лимитированной форме ССД. Распространенное кожное поражение, локализующееся проксимальнее локтевых и коленных сгибов, включая грудную клетку и живот, называют диффузной формой ССД.

Распространенность и выраженность кожных изменений варьирует от незначительных, с преимущественной локализацией в области пальцев кистей и лица, как это наблюдается при хроническом течении болезни, до тяжелой тотальной индурации кожи, что свойственно быстро прогрессирующей склеродермии. У отдельных больных поражение кожи может быть минимальным, малозаметным или отсутствовать наряду с наличием других проявлений ССД. Эта форма описана как висцеральная склеродермия без поражения кожи («scleroderma sine scleroderma»).

Характерное склеродермическое поражение кожи проходит три основные стадии, следующие одна за другой в процессе развития болезни: плотного отека, индурации и атрофии.

С большой частотой при склеродермии наблюдается гиперпигментация кожных покровов. Нередко пигментация появляется постепенно или остается после летнего загара, не сразу обращает на себя внимание больных. Она может иметь очаговый характер – в виде отдельных участков темно-бурой или коричневой пигментации на лице, груди, предплечьях, в складках кожи и т.д.

Телеангиэктазии, обусловленные дилатацией капиллярных петель и венул, часто встречаются у больных ССД и являются характерным признаком хронического течения лимитированной формы склеродермии и одним из компонентов выделяемого зарубежными авторами т.н. CREST (КРЕСТ)-синдрома (К-кальциноз, Р-синдром Рейно, Е -эзофагит, С-склеродактилия, Т-телеангиэктазии). Телеангиэктазии локализуются преимущественно на лице, шее, груди, спине, конечностях и на слизистых оболочках губ, языка, твердого неба.

По данным EUSTAR у 35% пациентов отмечаются трофические нарушения вплоть до развития некрозов и гангрены пальцев, наблюдающихся чаще у больных с выраженным синдромом Рейно. Этиология язвенного поражения при ССД многофакторна.

Пациенты с лимитированным поражением кожи или в поздних стадиях диффузной ССД часто имеют подкожные или кожные кальцинаты.

Диффузное поражение кожи в начале заболевания может расцениваться как предиктор неблагоприятного быстро прогрессирующего течения.

Клинически при осмотре преобладает одна из стадий поражения кожи. В процессе наблюдения можно проследить их эволюцию как в сторону прогрессирования, так и обратного развития под влиянием комплексной терапии.

Правильное определение клинической формы и характера течения ССД имеет большое значение для прогноза болезни и выбора лечения. На ранней стадии диффузной формы ССД отмечают прогрессирование уплотнения кожи и появления новых висцеральных поражений. Диффузная форма – один из основных факторов риска склеродермического почечного криза (ранее выявлялся у 5-10% больных), в настоящее время наиболее часто наряду с диффузным поражением кожи выявляется интерстициальное поражение легких.

Во многих случаях поражение кожи достигает пика в пределах 12-24 мес, после чего часто происходит обратное развитие распространенности и выраженности уплотнения. Однако уменьшение индурации не указывает однозначно на улучшение или стабилизацию болезни в целом, так как одновременно с этим могут развиваться новые или прогрессировать уже имеющиеся висцеральные осложнения.

При лимитированной форме, в отличие от диффузной, отмечают медленное малозаметное прогрессирование поражения кожи и внутренних органов.

Как уже было показано выше, поражение кожи является значимым клиническим признаком в рабочих классификациях ССД. Отмечена частичная корреляция распространенности кожных изменений и висцеральных проявлений. Однако эта корреляция наблюдается не всегда, что очевидно при висцеральной форме ССД. В последнее время большое внимание уделяется оценке активности и тяжести ССД, и основным критерием оценки является поражение кожи.

Изучения кожи с помощью современных методов исследования позволяет вскрыть некоторые закономерности морфо- и патогенеза, а частично и этиологии склеродермической группы болезней.

В повседневной клинической практике большое значение придается определению кожного счета. Для оценки выраженности кожных изменений (индурации) широко используется модифицированный счет Rodnan G.P. Метод принят и распространен в мире для характеристики пациентов с ССД в практических и научных исследованиях, используется для оценки динамики и течения заболевания, для изучения клинической эффективности лекарств.

Однако продолжают изучаться и другие методы исследования кожного поражения, включающие определение степени индурации (дурометр), истончения (эластометр), отека кожи (высокочастотное УЗИ), что при внедрении в практику может использоваться для улучшения диагностики, контроля качества и своевременной коррекции терапии системной склеродермии.

Таким образом, значение кожных изменений при ССД трудно переоценить. Являясь основным клини-

ческим и диагностическим признаком склеродермии, кожный синдром даже в изолированном виде позволяет распознать болезнь, а метод «кожного» счета является самым доступным инструментом в руках врача, способствующим уже во время осмотра пациента определить не только тяжесть его состояния и тактику дальнейшего ведения, но и прогноз заболевания в целом.

ИЗУЧЕНИЕ АССОЦИАЦИИ КОМПОЗИТНОГО СОСТАВА ТЕЛА С ОПРОСНИКОМ SARC-F И ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ТЕСТОМ У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Старшова А.В.

Новосибирский государственный университет,
г. Новосибирск

Актуальность. Ревматоидный артрит (РА) сопровождается не только поражением суставов, но и формированием неблагоприятных фенотипов состава тела (саркопения, саркопеническое ожирение, остеопороз). Оценка параметров композитного состава тела при РА может быть полезна в оптимизации алгоритмов диагностики данного заболевания и персонализированного выбора патогенетической терапии, направленной на поддержание функциональной активности пациентов, снижение риска падений, профилактику инвалидности и смертности среди людей трудоспособного возраста.

Цель исследования. Оценить параметры композитного состава тела и его ассоциацию с клиническими особенностями у женщин с ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы. В исследование включены 68 женщин с РА, проходившие лечение в ревматологическом отделении НИИКЭЛ – филиал ИЦиГ СО РАН. Диагноз соответствовал критериям ACR/EULAR 2010 года. Медиана возраста пациентов составила 55 лет [47; 66], продолжительности заболевания – 12 лет [7; 19]. Преобладали пациенты с низкой 34 (50%) и умеренной 18 (26,5%) активностью заболевания и III рентгенологической стадией по Штейнбрökerу (45,6%). 61 (93,8%) пациент был РФ-позитивным, 52 (82,5%) – АЦЦП-позитивным. 54,4% получали различную БПВП и 45,6% – ГИБП. Для скрининга саркопении (СП) использовались опросник из пяти пунктов (SARC-F) и тест 5-кратного вставания со стула (с.). Исследование состава тела проводилось с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DXA).

Результаты и их обсуждение. При анализе композитного состава тела было выявлено, что медиана массы тела у пациентов с РА составила 69 кг [62,4; 80,1] при этом медиана общей живой массы составля-

ла 29,9 кг [22,0; 36,7], медиана общей мышечной и той же массы у пациентов с РА были 38,7 кг [35,8; 42,1] и 41,0 кг [37,8; 44,3], соответственно. Помимо этого, было выявлено, что медиана жировой массы туловища и аппендикулярной жировой массы в группе пациентов с РА составляла 15,4 кг [10,9; 19,2] и 13,3 кг [10,5; 16,4], медиана мышечной массы туловища была равна 19,2 кг [18,1; 21,0]. В нашем исследовании медиана аппендикулярной мышечной массы (АММ) составила 16,5 кг, а аппендикулярный мышечный индекс (АМИ) был равен 6,3 кг/м². Ожирение при оценке по индексу массы тела было выявлено у 21 (30,9%) пациентов, в то время как ожирение по результатам DXA выявлено у 57 (83,8%) больных. При этом, ожирение, выявленное по ИМТ, полностью подтвердилось по DXA, а также были выявлены дополнительные случаи ожирения, не определяемые по ИМТ.

Саркопения согласно инструментальному исследованию DXA чаще выявлялась у более молодых женщин (12 человек, медиана возраста 47 лет [40; 50] против 56 пациентов с медианой возраста 58 лет [50; 66], $p < 0,05$). Кроме того, СП чаще встречалась у женщин с меньшей массой тела (63,3 кг [60,7; 64,9] против 70,8 кг [62,8; 82,0] ($p < 0,05$)).

У 8 (11,7%) пациентов СП зафиксирована по DXA, но не выявляется по опроснику, а у 32 (47,1%) больных подозрение на СП подтверждается только по результатам SARC-F. При этом наличие СП по опроснику и DXA определялось у 4 (6,9%) больных. Подозрение на саркопению по данным функционального теста составило 95,6%, помимо этого 12 пациентов с РА (17,6%) не смогли его выполнить по причине изменений в суставах. Таким образом, результаты опросника SARC-F и функционального теста не ассоциируются с наличием саркопении, что можно объяснить их неприменимостью при РА вследствие хронического болевого синдрома и наличия суставных деформаций у данных пациентов.

Выводы. Композитный состав тела при РА характеризуется саркопеническим ожирением и высокой частотой встречаемости саркопении (64,7% по SARC-F и/или DXA). Саркопения чаще выявлялась у более молодых женщин с меньшей массой тела. Результаты опросника SARC-F и время пятикратного подъема со стула не ассоциировались с наличием саркопении, определяемой по АМИ и другими параметрами композитного состава тела.



ОСОБЕННОСТИ ШТАММОВ ESCHERICHIA COLI, ИЗОЛИРОВАННЫХ ИЗ КИШЕЧНИКА ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА 1 ТИПА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Степанов М.С.

Пермский государственный медицинский
университет им. акад. Е.А. Вагнера,
г. Пермь

На сегодняшний день взаимосвязь сердечно-сосудистой системы и микрофлоры кишечника установлена и подтверждена во многих научных трудах (Chen et al, 2023). Микробиом желудочно-кишечного тракта выполняет множество функций, выходящих за пределы местного уровня регуляция. Помимо трофики кишечного эпителия и закрытия сайтов адгезии, микробные ассоциации кишечника регулируют функционирование иммунной системы, а также участвуют в обмене углеводов и липидов, играя значимую роль в процессах атерогенеза. Миробный пейзаж кишечника человека крайне разнообразен, и насчитывает сотни триллионов микроорганизмов. Одними из облигатных обитателей микробного кластера являются *E. coli*, обитающие как внутрипросветно, так и пристеночно и способные вступать в реакции с рядом биологически активных молекул человека, а также взаимодействовать с экзогенным холестерином и первичными желчными кислотами (Cai et al, 2022). Холестерин и продукты его метаболизма, поступающие в кишечник в процессе пищеварения, отчасти могут быть метаболизированы *E. coli*, что, вероятно, проявляется изменением концентрации в периферической крови, особенно в условиях изменений состава микробиоты.

Цель исследования. Оценить содержание штаммов *E. coli*, отличающихся по ряду биологических свойств, у пациентов с инфарктом миокарда 1 типа с подъемом сегмента ST.

Материалы и методы. Исследование на базе ГБУЗ ПК «Клинический кардиологический диспансер» в 2023-2024 годах. В исследование включили пациентов в возрасте от 39 до 58 лет, находившихся в острой стадии инфаркта миокарда I типа с подъемом сегмента ST, со средним значением ИМТ 26,8. Во вторую группу вошел 21 человек без кардиоваскулярной патологии, сопоставимый по возрасту. У исследуемых обеих групп производился бактериологический анализ кала на базе бактериологической лабораторий ФКУЗ «МСЧ МВД России по Пермскому краю». Материал I группы пациентов представлял первый образец кала с момента клинических проявлений острого коронарного синдрома. Критериями исключения являлись: ИБС в анамнезе, СД 2 типа,

тяжелые заболевания почек, печени, воспалительные заболевания ЖКТ и прием антибиотиков в последние 2 месяца.

В экспериментальном исследовании использовали 23 штамма *E. coli*, которые культивировали в мясо-пептонном бульоне с добавлением холестерина. Определяли концентрацию холестерина в пробах до и после культивирования микроорганизмов, для чего использовали ферментативный метод. Детекцию результатов осуществляли с помощью планшетного спектрофотометра PowerWave X (США). Принцип метода основан на образовании окрашенного соединения под воздействием холестериноксидазы. Интенсивность окраски в реакционной смеси прямо пропорциональна концентрации холестерина в пробе, которую определяют расчетным методом. Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета «Statistic for Windows» (StatSoft 6,0). В случае распределения, приближенного к нормальному, использовали t-критерий Стьюдента, в остальных случаях – критерий Манна-Уитни для оценки значимости различий.

Результаты. При проведении бактериологического исследования испражнений пациентов с инфарктом миокарда 1 типа с подъемом ST установлено наличие типичных вариантов *E. coli* в количестве 107 и более КОЕ/г только у 7,7% пациентов. У 30,8% пациентов количество этих бактерий составило от 105 до 107 КОЕ/г, а у остальных – 104 и менее КОЕ/г. У лиц контрольной группы снижение численности типичных вариантов *E. coli* установлено среди 58,5%, что существенно меньше, чем в основной группе – 92,3% ($p=0,040$; критерий Фишера). Не типичные варианты *E. coli* чаще обнаруживали в группе пациентов с ИМ, чем в группе сравнения. Так, *E. coli* с гемолитической активностью выделены из 38% против 10% среди здоровых лиц ($p<0,05$).

В условиях эксперимента показано, что типичные штаммы *E. coli* способны снижать концентрацию холестерина в питательной среде с $1,33\pm 0,01$ до $0,96\pm 0,02$ ммоль/л ($p=0,001$). При этом в среде без микроорганизмов (контрольные пробы) концентрация холестерина существенно не изменилась.

В целом, можно предположить, что проявляя холестеринметаболизирующую активность штаммы *E. coli* существенно снижают количество этого соединения, доступного для дальнейшего всасывания в кровь.

Заключение. Таким образом, в микробиоте кишечника пациентов с инфарктом миокарда наблюдается снижение численности типичных вариантов *E. coli* и повышение количества представителей того же вида, проявляющих не типичные биологические свойства. Наличие холестеринметаболизирующей активности у типичных вариантов *E. coli* в условиях *in vitro* позволяет предположить участие *E. coli* в метаболизме холестерина.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ И ОЖИРЕНИЯ (СРАВНИТЕЛЬНАЯ ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА)

Стребкова Е.А., Алексеева Л.И., Таскина Е.А.,
Кашеварова Н.Г., Савушкина Н.М.,
Шарапова Е.П., Михайлов К.М., Хальметова А.Р.,
Кудинский Д.М., Алексеева О.Г.
Научно-исследовательский институт
ревматологии им. В.А. Насоновой,
Москва

Цель. Оценить влияние ожирения на структурные изменения в коленных суставах у пациентов с остеоартритом (ОА).

Методы. В исследование включено 495 пациентов в возрасте 40-75 лет, с достоверным диагнозом ОА (АКР) коленных суставов I-III стадии (Kellgren J.-Lawrence J.), подписавших информированное согласие. Средний возраст пациентов составил 60.5 ± 8.33 лет (от 40 до 75), длительность заболевания 7 (3-14) лет. На каждого больного заполнялась индивидуальная карта, включающая в себя антропометрические показатели, данные анамнеза и клинического осмотра. Всем пациентам проводились стандартная рентгенография, УЗИ и МРТ коленных суставов. Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы Statistica 10.

Результаты. Ожирение ($\text{ИМТ} > 30 \text{ кг/м}^2$, согласно классификации ВОЗ 1997 г.) было выявлено у 244 лиц (49,3%). У пациентов с высоким ИМТ чаще регистрировались более тяжелые стадии ОА: III стадия – 24,6% против 6,1% ($\text{OR} = 0.2$, 95% ДИ 0.1-0.4, $p < 0.0001$). По наличию или отсутствию высокого ИМТ пациенты были распределены на 2 группы. У лиц с ожирением были выявлены значимые структурные изменения в коленных суставах по данным рентгенографии, УЗИ и МРТ по сравнению с пациентами, имеющих нормальную массы тела. Так, у лиц с ожирением определялись более меньшие размеры медиальной суставной щели ($p = 0.006$), более массивные остеофиты бедренной ($p < 0.001$) и большеберцовой костей ($p < 0.001$), более выраженная гипертрофия синовиальной оболочки ($p = 0.003$) и чаще регистрировался теносиновит ($\text{OR} = 0.4$, 95% ДИ 0.24-0.6, $p = 0.003$). По данным МРТ у лиц с высоким ИМТ чаще выявлялись остеоит ($\text{OR} = 0.2$, 95% ДИ 0.06-0.87, $p = 0.03$) и субхондральные кисты ($\text{OR} = 0.16$, 95% ДИ 0.03-0.9, $p = 0.04$) в медиальных отделах большеберцовой кости. Анализ корреляций по Спирмену ($p < 0.05$) подтвердил взаимосвязи между высоким ИМТ и остеоитом в медиальных отделах большеберцовой кости ($r = 0.31$), субхондральными кистами в медиальных отделах большеберцовой кости ($r = 0.27$), рентгенологическими стадиями ($r = 0.31$), размерами остеофитов бедренных и большеберцовых костей, гипертрофией синовиальной оболочки ($r = 0.27$) и тено-

синовитом ($r = 0.22$). Выявлены обратные взаимосвязи с размерами медиальной суставной щели ($r = -0.21$).

Заключение. У пациентов с ожирением определяются более тяжелые структурные изменения коленных суставов по данным инструментальных обследований. Найдены прямые связи ожирения и остеоитом, субхондральными кистами, остеофитозом. Выявлены ассоциации высокого ИМТ и меньшими размерами медиальной суставной щели. Таким образом, результаты нашей работы свидетельствуют о важной роли ожирения как предиктора более тяжелого течения ОА, что требует разработки алгоритмов лечения пациентов с ожирением и ОА коленных суставов.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ И ОСТЕОПОРТИЧЕСКИЙ ФЕНОТИПЫ ОСТЕОАРТРИТА (СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА)

Стребкова Е.А., Алексеева Л.И., Кашеварова Н.Г.,
Таскина Е.А., Савушкина Н.М., Шарапова Е.П.,
Михайлов К.М., Хальметова А.Р., Лиля А.М.
Научно-исследовательский институт
ревматологии им. В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Сравнительный анализ клинических показателей метаболического (МФ) и остеопоротического (ОПФ) фенотипов остеоартрита (ОА) коленных суставов (КС).

Материал и методы. В исследование включено 195 пациенток с МФ (метаболическим синдромом и/или сахарным диабетом 2 типа) и 176 – с ОПФ (со сниженной минеральной плотностью кости (МПК): наличием остеопороза или остеопении в осевом скелете), с достоверным диагнозом ОА КС (согласно критериям АКР) I-III стадии по Kellgren J.-Lawrence J., подписавших информированное согласие. На каждого больного заполнялась индивидуальная карта, включающая в себя антропометрические показатели, данные анамнеза и клинического осмотра, оценку боли в коленных суставах по ВАШ, WOMAC, KOOS, DN4, общего состояния здоровья пациента (ОСЗП) и сопутствующие заболевания.

Результаты и обсуждение. Пациенты обеих групп не отличались по возрасту ($p = 0.36$) и длительности заболевания ($p = 0.26$), однако у пациентов с МФ по сравнению с ОПФ наблюдались статистически значимо более высокие показатели ИМТ ($p < 0.001$), объем талии (ОТ) ($p < 0.001$), объем бедер (ОБ) ($p < 0.001$), тяжелее течение ОА: чаще определялось ограничение движений в КС ($\text{OR} = 1.811$, 95% ДИ 1,388-2,363, $p = 0.001$), гипертрофия четырехглавой мышцы бедра ($\text{OR} = 1.556$, 95% ДИ 1,193-2,029, $p = 0.005$), выше значения боли по ВАШ ($p < 0.001$), суммарного WOMAC ($p < 0.001$) и его состав-

ляющих (боль, скованность и ФН) ($p < 0,001$), худшие значения KOOS ($p = 0,002$) и ОСЗП ($p = 0,049$). У пациентов с ОПФ чаще определялась I рентгенологическая стадия ОА (ОР=0,257, 95% ДИ 0,131-0,507, $p < 0,001$) по сравнению с МФ, у которых чаще были верифицированы более продвинутые рентгенологические стадии (ОР=1,633, 95% ДИ 1,249-2,136, $p = 0,04$). При ОПФ чаще было выявлено плоскостопие ($p = 0,01$) и сколиоз позвоночника ($p = 0,001$). Данные результаты демонстрируют более тяжелое течение пациентов с МФ заболевания.

Выводы. Результаты нашей работы демонстрируют более тяжелое клиническое течение МФ ОА коленных суставов. В связи с чем лечебные мероприятия должны включать как нефармакологические, так и фармакологические интервенции, направленные не только на ОА, но и на все компоненты МС, что будет способствовать замедлению прогрессирования заболевания.

ПОДХОДЫ К РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Суджаева О.А., Кошлатая О.В., Колядко М.Г.,
Русских И.И., Попель О.Н.

Республиканский научно-практический центр
«Кардиология»,
Минск, Беларусь

Цель. Провести оценку информативности различных подходов к оценке функции почек у пожилых пациентов с хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС).

Материал и методы. В исследование включено 100 пациентов (55 женщин и 45 мужчин) в возрасте $70,2 \pm 4,06$ лет с ХИБС без диагностированной органической патологии в анамнезе. На автоматическом биохимическом анализаторе «Architect с 4000» (Abbot, США) определялись мочевины, креатинин, глюкоза, цистатин С, общий холестерин (ОХ), триглицериды (ТГ), липопротеиды низкой и высокой плотности (ЛПНП и ЛПВП), аполипопротеин А и В (апо-А и апо-В). Цистатин С: для женщин нормальные значения $0,4-0,99$ мг/л, для мужчин $0,41-0,99$ мг/л, креатинин: норма для женщин $53-97$ мкмоль/л, для мужчин $62-115$ мкмоль/л. Биохимический анализ мочи выполняли на автоматическом анализаторе мочи iQ 200 Select (Beckman Coulter, США с определением суточного белка (норма $< 0,15$ г/сут) и микроальбумина в суточной моче (норма < 30 мг/сут). Общий анализ мочи выполняли на анализаторе сухой химии Aution Eleven AE-4020 (Arkray, Япония). Исследование осадка выполнялось на автоматическом анализаторе мочи iQ 200 Select (Beckman Coulter, США). Определение концентрации Urine NGAL в моче выпол-

няли на автоматическом иммунохимическом анализаторе «Architect I2000SR» (Abbott Laboratories, США). NT-pro-BNP определяли методом магнитной сепарации с помощью иммунохемилюминесцентного анализатора Pathfast (LSI Medience Corp., Япония).

Результаты. Содержание ОХ составило $5,22 \pm 1,38$ ммоль/л, ТГ $1,3 \pm 0,9$ ммоль/л, ЛПВП $1,42 \pm 0,3$ ммоль/л, ЛПНП – ммоль/л $3,47 \pm 1,37$, уровень. Уровень Lp (а) был выше нормы у 30% пациентов и составил $43,34 \pm 55,79$ мг/л, апоВ в среднем по группе составил $1,71 \pm 6,95$ г/л, апоА – $2,45 \pm 6,87$ г/л. Выявлена умеренная корреляционная взаимосвязь между уровнем креатинина и Lp (а) в сыворотке ($r = 0,25$, $p < 0,05$). Глюкоза – $6,46 \pm 1,84$ ммоль/л, HbA1C – $5,91 \pm 0,97\%$. Установлено наличие прямой умеренной взаимосвязи между уровнем креатинина и глюкозы плазмы ($r = 0,35$, $p < 0,05$), креатинина и HbA1C ($r = 0,25$, $p < 0,05$), обратная корреляционная взаимосвязь между значением рСКФ по креатинину, рассчитанным по формуле Cockcroft-Gault, и уровнем глюкозы ($r = -0,30$, $p < 0,05$). Выявлено, что уровень креатинина в сыворотке крови повышен у 7% пациентов, цистатин С – у 76% пациентов. рСКФ по креатинину, рассчитанная по формуле СКД-EPI, была снижена у 16%, СКФ по креатинину, рассчитанному по формуле MDRD, – у 14%, рСКФ по креатинину по формуле Cockcroft-Gault – у 15% пациентов. рСКФ по цистатину С была ниже нормы у 76% пациентов. Содержание альбумина в суточной моче было повышено у 9% пациентов, отношение альбумин/креатинин в утренней моче – у 4% пациентов.

Вывод. Наиболее информативным методом расчета СКФ у пожилых пациентов с ХИБС оценка рСКФ, рассчитанная по цистатину С. Определение альбумина в суточной моче у пожилых пациентов с ХИБС более информативно, чем определение соотношения альбумин/креатинин в утренней порции мочи. Определение NGAL в моче целесообразно для диагностики наличия и оценки степени тяжести нарушения функции почек.

НАРУШЕНИЯ ГЕМОСТАЗА ПОСЛЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ РАЗЛИЧНЫМИ ШТАММАМИ, У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Суджаева О.А., Карпова И.С., Кошлатая О.В.,
Колядко М.Г., Русских И.И., Ванькович Е.А.

Республиканский научно-практический центр
«Кардиология»,
Минск, Беларусь

Цель. Оценить характер и длительность нарушений в системе гемостаза после коронавирусной ин-

фекции, вызванной различными штаммами, у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом.

Материал и методы. В исследование было включено 135 пациентов с постинфарктным кардиосклерозом, которые были разделены на 2 группы: пациенты, перенесшие COVID-19 – 85 человек и пациенты, не переносившие COVID – 50 человек. Результаты обследования сравнивались с данными этих пациентов в доковидный период (маркеры воспаления, NTproBNP). Пациенты I группы в зависимости от сроков заболевания были разделены на 4 подгруппы: переболевшие COVID-19 в 2020 г. – Ia группа (Юханьский штамм); переболевшие COVID-19 в 2021 г. – Ib группа (Дельта штамм); переболевшие COVID-19 в 2022 г. – Ic группа (Омикрон); переболевшие COVID-19 дважды – Id группа. Определение аспаратаминотрансферазы (АСТ) и аланинаминотрансферазы (АЛТ) в сыворотке венозной крови проводилось колориметрическим фотометрическим методом с помощью реактивов фирмы Beckman Coulter на аппарате OLYMPUSAU 400, США. Содержание мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) в сыворотке венозной крови определялось с помощью хемилуминесцентного иммуноферментного анализа с использованием технологии MAGTRATION. Концентрацию высокочувствительного C-реактивного белка (hsCRP) в сыворотке крови определяли иммунотурбидиметрическим методом на биохимическом анализаторе «ARCHITESTPLUS» с помощью наборов реактивов C-PB Vario для количественного определения C-РБ фирмы Abbot. Также проводилась коагулограмма и общий анализ крови.

Результаты. Через 8-12 месяцев после COVID-19 сохранялись воспалительные изменения в крови: скорость оседания эритроцитов (СОЭ), индекс соотношения нейтрофилов к лимфоцитам крови (ИСНЛ), меньше сегментоядерных нейтрофилов, повышенный уровень вчСРБ. Тропонин I и NT-proBNP выросли в сравнении с доковидным ($p=0,03$). У пациентов после COVID были достоверно повышены АСТ и АЛТ по сравнению с не болевшими. Повышенный уровень hsCRP в сыворотке крови сохранялся через 12 месяцев. Тропонин I продолжал оставаться повышенным через 6 месяцев. По данным коагулограммы у пациентов после COVID наблюдалось достоверно повышенное тромбиновое ($p=0,037$) и протромбиновое время ТВ и ПТВ), ($=0,000000$) и сохранялось до 6 месяцев. Уровень Д-димера превышал норму в 2-3 раза и сохранялся высоким даже через 12 месяцев у 67,3% пациентов.

В зависимости от штамма у пациентов Ia подгруппы в периферической крови наблюдалась достоверная тромбоцитопения, а у лиц, болевших 2-3 раза, тенденция к снижению общего количества лимфоцитов. Уровни hsCRP и Д-димеров во всех исследованных подгруппах после перенесенной коронавирусной инфекции превысили исходные цифры (доковидный период). Достоверное повышение уровня тропонина I наблюдалось у лиц Ia подгруппы ($p=0,00000$), Ib под-

группы ($p=0,008$) и Id подгруппы ($p=0,012$), а достоверный рост значения NT-proBNP – Ia подгруппе ($p=0,02$) и Id подгруппе ($p=0,01$).

Выводы. В постковидном периоде выявлены изменения плазменного и тромбоцитарного гемостаза, повышенные уровни маркеров воспаления, сохранявшиеся 6-12 месяцев вне зависимости от перенесенных штаммов коронавирусной инфекции и кратности заболевания.

СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПОЧЕЧНОГО РЕЗЕРВА И КАНАЛЬЦЕВЫХ ФУНКЦИЙ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Султанова М.Х., Салимова Н.Д., Хидоятова М.Р.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить особенности состояния функционального почечного резерва, парциальных функций почек и выявить их взаимосвязь при системной красной волчанке и хронических гломерулонефритах; изучить состояние функционального почечного резерва у больных системной красной волчанкой с отсутствием клинических признаков нефропатии.

Материал и методы исследования. Обследовано 80 пациентов, из них 29 – больные системной красной волчанкой и 51 пациент с различными формами хронических гломерулонефритов. Контрольную группу составили 32 практически здоровых человека. Программа исследования включала сбор анамнеза, физикальное обследование больного, изучение состояния почек и выраженности экстраренальных клинических проявлений. У больных СКВ оценивалась клиническая и иммунологическая активность болезни с использованием индексов SLEDAI и ECLAM, наличие признаков нефропатии.

Результаты исследования и обсуждение. Диагноз СКВ был установлен в соответствии с рабочей классификацией клинических вариантов течения СКВ. Длительность заболевания была от 3 месяцев до 22 лет, причем большинство пациентов (51,7%) имели давность СКВ до 5 лет. Преобладало хроническое течение заболевания (65,5%) и II (умеренная) степень активности процесса (44,8%).

По клиникалабораторным данным, у 86,2% пациентов было диагностировано поражение почек. На момент обследования у 48,3% больных активность нефрита была высокой. При исследовании парциальных функций почек были выявлены явные признаки гломерулярного поражения: достоверное по сравнению с контрольной группой повышение креатинина

крови, снижение СКФ ($p < 0,05$). Канальцевые изменения выражались в снижении канальцевой реабсорбции воды, суточной экскреции кальция, его клиренса, повышении концентрации мочевой кислоты в сыворотке крови нарушении обмена маркера нестабильности цитомембран-этанолмин* ($p < 0,05$). При расчете скорректированного уровня кальция крови с учетом гипоальбуминемии была выявлена гиперкальциемия, которая составила $2,7(2,5;3,1)$ ммоль/л, что достоверно ($p < 0,001$) выше, чем в контрольной группе. При исследовании состояния внутривисцеральной гемодинамики с помощью пробы с допамином было выявлено значительное снижение ФПР в целом у больных СКВ – $6,00 (-25,9; 49,5) \%$ – по сравнению с контрольной группой (в среднем $30,9 (16,6; 46,8) \%$, $p < 0,001$), однако это снижение неоднозначно и не может характеризовать всю группу обследуемых. При индивидуальном подходе к оценке состояния ФПР было выявлено, что его колебание имело большой размах: от резко отрицательных (до $-75,3\%$) у 28% больных, что характеризует запредельное функционирование всех сохранных нефронов, до положительных значений (до $78,2\%$) и сохранных компенсаторных возможностях.

Результаты обследования больных ХГН. Выявлены существенные функциональные нарушения при ХГН по сравнению с контрольной группой. Достоверное снижение СКФ, повышение креатинина крови отражают постепенное выключение функционирующих нефронов. Значимое снижение канальцевой реабсорбции воды, суточной экскреции креатинина, а также снижение суточной экскреции кальция, его клиренса, повышение концентрации мочевой кислоты в крови при снижении ее количества в моче свидетельствует о поражении, наряду с почечными клубочками, системы канальцев. При расчете скорректированного уровня кальция была диагностирована гиперкальциемия ($2,55 (2,43; 2,62)$ ммоль/л, $p < 0,01$). Вероятно, основным моментом в развитии гиперкальциемии является нарушение его почечного клиренса, у части больных возможна стероид индуцированная гиперкальциемия. Обращает внимание тенденция к повышению выведения фосфора с мочой при нормальном почечном клиренсе фосфатов, что отражает нарушение реабсорбции фосфора в проксимальных канальцах.

Заключение. Допамин, являясь естественным метаболитом, позволяет определять функциональный почечный резерв с минимальным риском осложнений и побочных эффектов. Возможность точного дозирования препарата позволяет сделать пробу более стандартизированной. Целесообразно использовать для определения ФПР допамин в дозе мкг/кг/мин вследствие лучшей переносимости при достаточном стимулирующем эффекте. Определение функционального почечного резерва с использованием допамина позволяет выявлять нарушения внутривисцеральной гемодинамики у больных СКВ при отсутствии клинических признаков нефропатии.

ОЦЕНКА 3-Х ЛЕТНЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ С УЧЕТОМ ПЕРЕНЕСЕННОЙ COVID-19

Сучков В.Н.¹, Дунаева Н.В.², Гусев Д.А.

¹Клиническая инфекционная больница
им. С.П. Боткина,

²ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова,
Санкт-Петербург

Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) сопровождалась значимой внутригоспитальной летальностью в первые 2 года пандемии. Проведенные в последующем исследования показали наличие долгосрочных отрицательных эффектов перенесенной инфекции, приводящих к снижению выживаемости лиц общей популяции в первые 3 года после заболевания. Однако до настоящего времени недостаточно освещены вопросы влияния перенесенной COVID-19 на выживаемость пациентов с хронической болезнью почек 5 стадии (ХБП5), получающих заместительную почечную терапию гемодиализом (ЗПТГД).

Цель исследования. Провести сравнительную оценку 3-х летней выживаемости пациентов с ХБП5, получающих ЗПТГД, с учетом перенесенной COVID-19.

Материалы и методы. В исследование было включено 1936 пациентов. Основная группа – 822 пациента, перенесших COVID-19, которые были выписаны из клинической инфекционной больницы им. С.П. Боткина (все пациенты имели срок лечения гемодиализом более 1 месяца к моменту включения в исследование). Группа сравнения – 1114 пациента из регистра Санкт-Петербурга, получающие ЗПТГД с 2013-2018 гг. Пациенты были сопоставлены по возрасту, полу, диагнозу основного заболевания (приведшего к ХБП5), сроку ЗПТГД (медиана (Q1; Q3) срока ЗПТГД составила 49 (21; 104) месяцев в основной группе, в группу сравнения отбирались пациенты со сроком ЗПТГД 49 месяцев).

Результаты. Средний возраст в основной группе составил 58 ± 15 лет, в группе сравнения 59 ± 16 , $p = 0,17$; мужчины преобладали в обеих группах – 58% ($n = 476$) в основной группе и 54% ($n = 605$) в группе сравнения, $p = 0,12$. Группы не различались по структуре диагнозов основного заболевания, приведшего к ЗПТГД, $\chi^2 = 2,197$, $p = 0,95$. Выживаемость в течение 3-х летнего периода после выписки из стационара пациентов, перенесших COVID-19, была значимо ниже, чем пациентов из группы сравнения: Log Rank (Mantel-Cox) $\chi^2 = 5,742$, $p = 0,017$.

Эффект перенесенного COVID-19 на ухудшение выживаемости реализовался на протяжении первого года; в более поздний период наблюдения кривые выживаемости не демонстрируют дальнейшего расхож-

дения. В множественном регрессионном анализе Кокса с наступлением летального исхода значимо и независимо были связаны принадлежность к основной группе (ОР 1,337, 95% ДИ 1,420-1,715, $p=0,022$), мужской пол (ОР 1,226, 95% ДИ 1,003-1,499, $p=0,046$), возраст (+1 год) (ОР 1,020, 95% ДИ 1,013-1,027, $p<0,001$). Следует отметить, что по данным множественного регрессионного анализа Кокса в общей группе включенных в исследование пациентов ($n=1936$) мужской пол повышал риск смерти в 1,226 (95% ДИ 1,003-1,499) раза, что произошло за счет большого количества умерших за период наблюдения мужчин в группе сравнения. При исследовании групп раздельно мужской пол был связан с худшей выживаемостью в группе сравнения (Log Rank (Mantel-Cox) $\chi^2=3,918$; $p=0,048$), но не в основной группе (Log Rank (Mantel-Cox) $\chi^2=0,420$; $p=0,517$).

Заключение. 3-х летняя выживаемость пациентов, получающих ЗПТГД, перенесших COVID-19 значимо ниже выживаемости пациентов, не болевших COVID-19, негативный эффект реализуется в основном в первый год после перенесенной инфекции.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Танрыбердиева Т.О., Курбанов В.А., Агдаева С.Б.

Государственный медицинский
университет Туркменистана им. М. Гаррыева,
г. Ашхабад, Туркмения

Цель. Изучить особенности клинического течения ревматоидного артрита (РА).

Материалы и методы. В отделении взрослой ревматологии Госпиталя с научно-клиническим центром Кардиологии обследовано 32 больных РА (25 женщин и 7 мужчин). Болезнь диагностирована по критериям ACR (American College of Rheumatology). Изучались время начала РА, продолжительность, время, прошедшее от появления первых симптомов до диагностирования болезни, клинико-рентгенологические показатели, функциональное состояние больного, наличие инвалидности, сопутствующие заболевания, при иммунологическом исследовании ревматоидный фактор (РФ).

Результаты исследования и их обсуждение. Начало заболевания до 30 лет отмечалось у 8 больных (25%), до 31-50 лет – у 22 пациентов (68,75%), больше 50 лет – у 2 больных (6,25%). У 20 больных (62,5%) продолжительность болезни была больше 6 лет (62,5%). У большинства больных РА болезнь диагностирована в течение 2 лет (56,25%). Во время исследования 18 больных (56,25%) не работали, у 17 пациентов (53,13%) была инвалидность по этому заболеванию, в том числе у 11 больных (34,37%) I-ая и II-ая группы.

Серопозитивный РА (RF+) отмечался у 90,6% – больных. Активность воспаления II и III степени выявлялась у 26 больных (81,25%). Эрозивный артрит (II-IV рентгенологические стадии) определялся у 27 больных (84,38%), в том числе выраженная деструкция суставов у 9 больных (28,12%). II функциональный класс (ФК) отмечался у 5 больных (15,62%), III класс – у 24 больных (75%) и IV класс – у 3 больных (9,36%). При времени диагностирования РА в 1-2 года II ФК определялся у 6 больных (33,33%), III ФК – у 12 больных (66,67). Когда болезнь продолжалась более 10 лет II ФК отмечался у 4 больных (36,4%), III ФК – у 6 больных (54,5%), IV ФК – у 1 пациента (9,1%). Вместе с РА диагностировались артериальная гипертензия (47,5%), дислипидемия (49%), сахарный диабет (5%), остеопороз (67%), желудочно-кишечные заболевания (16%), острая респираторно-вирусная инфекция (32,8%), болезни почек (57%).

Выводы. Раннее выявление РА поможет в предупреждении осложнений заболевания. Результаты исследования свидетельствуют о необходимости усиления лечебных мероприятий особенно в первые 5 лет. Коморбидность РА оказывает большое влияние на течение и эффективность лечения болезни. Своевременная коррекция сопутствующих РА болезней приводит к положительным результатам и повышению качества жизни больных.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Танрыбердиева Т.О., Курбанов В.А.,

Амандурдыева Ш.О.

Государственный медицинский
университет Туркменистана им. М. Гаррыева,
г. Ашхабад, Туркмения

Системная красная волчанка (СКВ) – это хроническое аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, которое характеризуется системным воспалительным поражением тканей внутренних органов и продуцированием антител к различным клеточным компонентам.

Цель исследования. Изучить взаимоотношение клинических признаков и иммунологических показателей у больных СКВ.

Материалы и методы. В отделении взрослой ревматологии Госпиталя с научно-клиническим центром Кардиологии было обследовано 31 женщина с ранней СКВ. Средний возраст больных был $36,1 \pm 5,3$ лет. Все больные соответствовали критериям SLICC (Systemic Lupus International Collaborating

Clinics). У больных изучались особенности клинического течения, гематологические и иммунологические показатели, в том числе антинуклеарный фактор. С помощью непрямой иммунофлуоресценции определялись антитела к двухспиральной ДНК (анти-дсДНК). Активность СКВ устанавливалась по индексу SLEDAI-2K. Индекс SLEDAI-2K больше 6 свидетельствует об активном иммуно-воспалительном процессе.

Результаты. У всех больных анти-дсДНК был больше 25 МЕ/мл. В клинике больных ранней СКВ среди чаще встречающихся признаков отмечались поражение кожи в виде «бабочки» (67,7%), лихорадка (38,7%), лимфаденопатия (38,7%), поражение почек (32,3%), серозиты (22,6%), боль в мышцах (29,0%), боль в суставах (25,8%), увеличение лимфоузлов (38,7%). У большинства больных патологический иммунный процесс проходил активно. Низкая активность (SLEDAI-2K 1-5 баллов) наблюдалась у 16,1% больных, средняя активность (SLEDAI-2K 6-10 баллов) в 51,6% случаев, высокая активность (SLEDAI-2K 11-19 баллов) у 32,3% пациентов. У всех больных титр АНФ был 1:160 и больше. Другие иммунологические показатели тоже были высокие.

Выводы. Изучение взаимоотношения клинических признаков и иммунологических показателей очень важно в изучении течения и в прогнозировании осложнений СКВ.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗАХ

Танрыбердиева Т.О.

Государственный медицинский
университет Туркменистана им. М. Гарыева,
г. Ашхабад, Туркмения

Цель исследования. Изучение гемодинамики гипертрофированного сердца при гипертонических кризах (ГК).

Материалы и методы. Обследовано 86 больных с артериальной гипертензией (АГ) во время ГК, которые были разделены на две группы:

1. 46 больных с АГ без гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ);
2. 40 пациентов с АГ с ГЛЖ. В обеих группах больные были практически сопоставимы.

Контрольную группу составили 37 здоровых лиц. С помощью эхокардиографии определялись ударный объем (УО), конечный диастолический и систолический объемы (КДО, КСО), фракция выброса (ФВ) и внутримиокардиальное напряжение (σ мах). Тип гемодинамики определялся по уровню сердечного индекса (СИ) (эукинетический тип при СИ=2,5-4,2 л/мин \times м²; гипокинетический тип <2,5 л/мин \times м²; гиперкинетический при СИ>4,2 л/мин \times м²).

Результаты. Тахикардия у больных АГ уменьшала диастолический период и, следовательно, время кровенаполнения сердца. Увеличение σ мах при гиперкинетическом ГК (396,3 \pm 53,64 \times 10³ дин/см²) по сравнению с эукинетическим ГК (251,83 \pm 24,1 \times 10³ дин/см²; p<0,02) и гипокинетическим кризом (210,27 \pm 10,84 \times 10³ дин/см²; p<0,01) снижало коронарное кровоснабжение и ухудшало контрактильность миокарда (ФВ=52,95 \pm 3,72%). ФВ была ниже показателей при эукинетическом и гипокинетическом ГК (соответственно, на 24,5%; p<0,001 и 21,3%; p<0,01). При прогрессировании заболевания увеличение УО на 40,6% поддерживало на достаточном уровне сократительную функцию левого желудочка (ФВ=60,89 \pm 5,52%) в условиях его компенсаторной дилатации. При гиперкинетическом ГК ФВ была ниже на 19,5% чем у больных без ГЛЖ (ФВ=59,39 \pm 3,31%). Сократимость миокарда в условиях ГЛЖ при эукинетическом (ФВ=67,6 \pm 2,31%) и гипокинетическом ГК (66,99 \pm 2,37%) практически не отличалась от показателей у больных без ГЛЖ. Если у практически здоровых людей рост КДО сопровождался увеличением ФВ ($r=0,6$; p<0,05), то у больных эта зависимость нарушалась. Повышение КДО приводило к снижению ФВ ($r=-0,747$; p<0,001).

Выводы. 1. При АГ конечные объемы левого желудочка отрицательно влияют на насосную функцию сердца. 2. Обратная корреляционная зависимость сократительной способности миокарда от КДО связана со снижением при ГК резервных возможностей миокарда в условиях дилатации сердца.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИОАКТИВНОГО КОНЦЕНТРАТА МЕЛКОЙ МОРСКОЙ РЫБЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ СУСТАВОВ КИСТЕЙ

**Таскина Е.А., Кашеварова Н.Г., Стребкова Е.А.,
Алексеева Л.И., Лиля А.М.**

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

Цель. В многоцентровом наблюдательном исследовании оценить эффективность симптоматического препарата замедленного действия (биоактивного концентрата мелкой морской рыбы, содержащего хондроитина сульфат, аминокислоты, пептиды, ионы натрия, калия, кальция, магния, железа, меди и цинка) у пациентов с ОА суставов кистей.

Материал и методы. В исследование включено 2776 пациентов с достоверным диагнозом ОА суставов кистей согласно критериям АКР. Медиана возраста составила – 63 (56-70) лет, индекс массы тела (ИМТ) – 27.7 (25-31.2) кг/м², боль по ВАШ – 60 (41-70) мм.

Длительность исследования от 20 до 31 дня, число визитов – 2: визит 1 (В1) – начало терапии, визит 2 (В2) – в течение 10 дней после завершения 1 курса лечения. Биоактивный концентрат мелкой морской рыбы назначался по 1 мл в/м ежедневно №20 или по 2 мл в/м через день №10. Эффективность лечения оценивалась по динамике интенсивности боли в анализируемом суставе при движении по ВАШ, оценке качества жизни по опроснику EQ-5D и общего состояния здоровья (ОСЗП) по ВАШ.

Результаты. На фоне одного курса препарата отмечалось значимое снижение интенсивности боли (В1 – 52 [33; 70] и В2 – 14 [2; 30] мм, $p < 0.0001$, рис. 1), улучшение качества жизни по EQ-5D (В1 – 0,59 [0,52; 0,76] и В2 – 0,88 [0,78; 1] баллы, $p < 0.0001$) и ОСЗП (В1 – 60 [40; 73] и В2 – 83 [70; 95] мм, $p < 0.0001$). Соответственно, медиана снижения боли (по ВАШ) составила 62.3% и ОСЗП (по ВАШ) – 28.6%. На фоне терапии снизилась и потребность в НПВП: в начале терапии 53.6% лиц получали данные препараты, в конце лечения 49.8% (отношение рисков (ОР)=1.08, 95% ДИ 1.02-1.14, $p = 0.01$). Хороший ответ на терапию (уменьшение боли на 50% и более) выявлен в 73.5%; снижение боли по ВАШ менее 40 мм – у 87.6% пациентов. С меньшим эффектом проводимой терапии при ОА суставов кистей (снижение боли менее чем на 50%) ассоциировались пожилой возраст, более тяжелые рентгенологические проявления ОА, высокая интенсивность боли и худшие показатели ОСЗП по ВАШ, низкие показатели качества жизни и сопутствующая патология АГ (ОР=1.48, 95% ДИ 1.33-1.65, $p < 0.0001$), ИБС (ОР=1.19, 95% ДИ 1.02-1.14, $p < 0.0001$), ХСН (ОР=2.03, 95% ДИ 1.65 – 2.5, $p < 0.0001$) и МС (ОР=1.2, 95% ДИ 1.01 – 1.42, $p = 0.04$).

Заключение. Результаты применения биоактивного концентрата мелкой морской рыбы при ОА суставов кистей свидетельствуют о целесообразности его широкого использования в реальной клинической практике. Учет и коррекция факторов, ассоциирующихся с менее выраженным анальгетическим действием препарата, позволяют улучшить эффективность терапии ОА.

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЖЕНСКОГО ПОЛА С ПОДАГРИЧЕСКИМ АРТРИТОМ ПО ОПРОСНИКУ SF-36

Ташпулатова М.М., Набиева Д.А.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Установить влияние метаболического синдрома на качество жизни больных женского пола с подагрическим артритом по SF-36.

Материалы и методы. В исследование было включено 20 женщин с достоверным подагрическим артритом (рекомендации ACR/EULAR, 2015 г.): 1-я группа – 10 женщин с подагрой без признаков метаболического синдрома, во 2-ю группу включены больные женского пола с подагрическим артритом, имеющие признаки метаболического синдрома. Средний возраст больных составил 61 года. Средняя продолжительность заболевания составила $7,3 \pm 4,6$ года. Семейный анамнез прослеживался у 16 женщин. Оценку КЖ проводились по опроснику Medical Outcomes Study Short Form (SF-36), который включает 36 вопросов, отражающих 8 концепций (шкал) здоровья. В целом вопросы опросника формируют два компонента здоровья: физический и психологический. Физический компонент здоровья (ФКЗ) включает первые 4 шкалы: физическое функционирование (ФФ), ролевое физическое функционирование (РФФ), интенсивность боли (Б) и общее здоровье (ОЗ). Психологический компонент здоровья (ПКЗ) объединяет следующие 4 шкалы: жизнеспособность (Ж), социальное функционирование (СФ), ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ) и психическое здоровье (ПЗ). Всем пациентам производилось измерение окружности талии, бедер, производился расчет индекса массы тела (ИМТ).

Результаты и обсуждения. Все больные находились на лечении в отделении ревматологии и кардиоревматологии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Дебют подагрического артрита в среднем наблюдался в $41,2 \pm 5$ лет. У 10 (50%) больных диагностирована тофусная форма, 10 (50%) - не имели тофусов. На момент первичного осмотра гипоурикемическую терапию – аллопуринол получали 15 (75%) больных в дозе 100-300 мг в сутки. У больных с изолированной подагрой объем талии у женщин – 92.1 см. Во 2-й группе средний объем талии у женщин – 90 см. В 1-й группе ожирение I степени имели 10 (50%) больных, ожирение II ст. – 5 (25%) больных, у 1 (5%) больных диагностировано ожирение III ст., 10 (50%) больных имели избыточную массу тела; во 2-й группе: избыточную массу тела имели 75% (15 больных), ожирение I ст. имели 5% (1 больная), ожирение II ст. – 25% (5 больных), ожирение III ст. – 25% (5 больных). Масса тела у пациентов 2-й группы составила 98.0 кг; в группе пациентов, не имеющих признаков метаболического синдрома – 89.0 кг. Среди критериев метаболического синдрома, кроме абдоминального ожирения, во 2-й группе наиболее часто встречались: артериальная гипертензия, гипертриглицеридемия, нарушение углеводного обмена. Уровень мочевой кислоты в сыворотке крови пациентов 1-й группы варьировал от 242.5 до 557.9 мкмоль/л, во второй группе: 402.3-586.5 мкмоль/л. Средний уровень гликемии натощак в 1-й группе: $5,1 \pm 1,2$ ммоль/л, у больных с признаками метаболического синдрома $9,5 \pm 1,8$ ммоль/л. Сахарный диабет 2 типа имели 3 пациентов, у 17 отмечалось нарушение толерантности к глюкозе (НТГ), нарушение гликемии натощак имели 14 пациентов. Средний уровень гликозилированного гемоглобина составил – $8,5 \pm 0,7\%$. Средний уровень

аланиновой трансаминазы у больных с метаболическим синдромом составил 72.2 ± 3 Ед/л, аспарагиновой аминотрансаминазы -63.8 ± 6 Ед/л. Признаки стеатоза имели 16 женщин, стеатогепатит 10 (50%) больных женского пола. В ходе проведенного наблюдения выявлено поражение органов мишеней. Небольшое повышение сывороточного креатинина ($115-130$ мкмоль/л) имели: в 1-й группе 10 (50%) больных, во второй – 5 (25%) больных; у 5 с изолированной подагрой (25%). Проведенное исследование выявило незначительное снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-ЕРІ в 1-й группе – 81.2 мл/мин/ 1.73 м², во 2-й группе умеренное снижение СКФ – 63.01 мл/мин/ 1.73 м². Средний уровень артериального давления в 1-й группе $135 \pm 10/80 \pm 5$ мм рт. ст., у больных во 2-й группе – $160 \pm 10/85 \pm 5$ мм рт. ст. В 1-й группе артериальную гипертензию I степени имели 10 (50%) пациента, артериальную гипертензию II степени диагностировали у 10 человек. Наличие боли и метаболического синдрома негативно отразилось на всех параметрах качества жизни больных. Из анализа шкал опросника SF-36 прослеживается тенденция к снижению показателей качества жизни у больных подагрой, имеющих признаки метаболического синдрома.

Выводы. Таким образом, в результате исследования было выявлено, что параметры КЖ по опросникам NAQ, SF-36 оказались снижены как у больных подагрическим артритом с признаками метаболического синдрома, так и без МС. Но в группе с МС эти изменения были более выражены.

АНАЛИЗ ХАРАКТЕРИСТИКИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПОДАГРЫ У БОЛЬНЫХ ЖЕНСКОГО ПОЛА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Ташпулатова М.М., Набиева Д.А.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценка особенности подагры в ее дебюте у женщин в пожилом возрасте.

Материалы и методы. В исследование включили 50 больных с первичной подагрой (25 мужчин и 25 женщин) на основании критериев S. Wallace и соавт. [9]. Больных разделили на 2 группы: 1-я – 27 больной старше 60 лет, 2-я группу – 23 больных моложе 60 лет. Средний возраст дебюта подагры в 1-группе составил $55 \pm 4,2$ года, во 2-й – $45 \pm 5,0$ года. Проведен сравнительный ретроспективный анализ частоты выявления локализации дебютного артрита, характера течения артрита, количества тофусных форм, приема диуретиков, малых доз ацетилсалициловой кислоты (АСК), сопутствующих патологических состояний: артериальной гипертензии, сахарного диабета 2-го типа, ожирения,

хронической почечной недостаточности, ишемической болезни сердца, хронической сердечной недостаточности, перенесенного инфаркта миокарда.

Результаты. Длительность заболевания в обеих группах составила в среднем 6 лет. Артрит I плюснефалангового сустава в дебюте болезни в 1-й и во 2-й группе диагностирован в 75 и 65% случаев соответственно. Хронический артрит в 1-й группе диагностирован у 14 (50%) пациентов, во 2-й – у 10 (45%). Тофусы при обследовании выявлены в 1-й группе в 21%, во 2-й – в 37% случаев. Прием диуретиков зарегистрирован у 14 (50%) больных 1-й группы и у 11 (47%) 2-й группы. Низкие дозы АСК в 1-й группе больные принимали чаще, чем во 2-й, – 20 (79%) и 7 (14%) соответственно ($p=0,013$). Артериальная гипертензия выявлена у 6 (25%) обследованных 1-й группы и у 17 (40%) во 2-й. Число больных с ожирением сопоставимо в обеих группах: 41 и 43%, как и с сахарным диабетом 2-го типа – 15 и 10% соответственно. Достоверные различия в сравниваемых группах получены по частоте развития ишемической болезни сердца и инфаркта миокарда, хронической сердечной недостаточности.

Заключение. Возраст больных в дебюте подагры не определяет существенных различий клинических особенностей при сопоставимой длительности ее течения у молодых и пожилых пациентов. Основные клинические особенности подагры свойственны пожилым так же, как и более молодым пациентам. Сердечно-сосудистые заболевания чаще отмечаются в дебюте подагры в пожилом возрасте.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОДАГРЫ С УЧЕТОМ ПОЛОВОГО ДИМОРФИЗМА

Ташпулатова М.М., Набиева Д.А.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель. Выявление клинических особенностей подагры у женщин.

Материал и методы. В исследование было включено 40 больных подагрой (20 мужчин и 20 женщины), обследованных с 2022 по 2023 г. в отделении ревматологии и кардиоревматологии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Основную группу составили женщины, группу сравнения – мужчины. Средний возраст женщин – $52,3 \pm 11,4$ года, мужчин – $52,3 \pm 10,4$ года, медиана [25-й; 75-й перцентили] длительности заболевания – 4,8 [2,0; 7,6] года у женщин и 5,9 [3,3; 11,5] года у мужчин ($p=0,0053$).

Результаты. В группе женщин медиана продолжительности первого приступа артрита составила 14 [10; 20] сут, в группе сравнения – 10 [7; 14] сут ($p=0,0014$). Хро-

нический артрит был у 66,7% женщин и 31,8% мужчин ($p < 0,0001$), его формирование у женщин происходило быстрее. Медиана числа пораженных за время болезни суставов у женщин 12 [7; 17], у мужчин – 7 [4; 12] ($p = 0,00025$). Тофусы у женщин формировались раньше, чем у мужчин (медиана длительности болезни до их возникновения 3 [2; 7] и 6 [4; 10] года соответственно; $p = 0,00036$), их количество было больше (медиана 5 [3; 8] и 2 [1; 6] соответственно; $p = 0,0066$). У женщин чаще, чем у мужчин, выявлялись сахарный диабет (СД) 2-го типа ($p = 0,021$), хроническая болезнь почек ($p < 0,0001$), отмечался более высокий сывороточный уровень холестерина ($p = 0,022$). Женщины чаще мужчин принимали мочегонные препараты (57% против 20%; $p < 0,0001$), но реже потребляли алкогольные напитки (соответственно 57 и 20%; $p < 0,0001$; 28 и 4%; $p < 0,0001$).

Заключение. У женщин подагра протекает тяжелее; у них чаще, чем у мужчин, выявляются СД 2-го типа, хроническая болезнь почек, выше уровень холестерина; женщины чаще, чем мужчины, принимают мочегонные препараты и меньше потребляют алкоголь.

ЗНАЧЕНИЕ КАТЕСТАТИНА И МАРКЕРОВ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ В СТРАТИФИКАЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОБСТРУКТИВНЫМ АПНОЭ СНА

Токарев С.А., Губарева И.В.
Самарский государственный
медицинский университет,
г. Самара

Цель исследования. Определить изменения уровня катестатина и маркеров вегетативной дисфункции для стратификации сердечно-сосудистого риска у больных с артериальной гипертензией (АГ) и синдромом обструктивным апноэ сна (СОАС), перенесших COVID-19.

Материалы и методы. Данное исследование уровня катестатина, нарушений фаз дыхания, сна и гемодинамики проводилось у пациентов, перенесших COVID-19 в 2020 и 2021 гг., в количестве 105 человек (105 мужчин), средний возраст – 53,2 года, прошедших стационарное лечение в рамках кардиологического отделения ЧУЗ СО ДКБ «РЖД-Медицина». Всем исследуемым проведены общеклинические исследования: выполнены общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, анализ на микроальбуминурию, измерение катестатина плазмы крови. Исследование проводилось при помощи холтеровского мониторирования ЭКГ (ХМ ЭКГ), полисомнографии, эхокардиографии, суточного мониторирования

АД. Выделены следующие группы: Группа 1 ($n = 56$) с АГ+СОАС и COVID-19 в анамнезе; Группа 2 (контрольная группа) ($n = 60$) – пациенты с АГ и СОАС без COVID-19 в анамнезе. Обе группы сопоставимы по возрасту – $49,48 \pm 3,18$ лет в 1-й группе, $46,24 \pm 1,64$ – во 2-й группе, а также по длительности АГ в годах – $5,56 \pm 2,78$ и $5,18 \pm 2,98$ соответственно. Количество пациентов в обеих группах по стадиям АГ и степеням тяжести СОАС также сопоставимо.

Результаты. В 1-й группе исследования уровень катестатина в зависимости от тяжести СОАС составил $8,1 \pm 2,03$ при легкой степени тяжести (во 2-й группе – $9,13 \pm 2,9$), что на 11,28% меньше ($p > 0,05$); $6,47 \pm 1,76$ при средней степени тяжести (во 2-й группе – $8,2 \pm 1,21$), что на 21,1% меньше ($p < 0,05$); в тяжелых случаях $4,99 \pm 0,14$ (во 2-й группе – $7,12 \pm 1,45$), что на 29,98% меньше ($p < 0,05$). У 1-й группы исследования количество эпизодов апноэ сна > 40 секунд составила $2,17 \pm 3,72$ (в 2-й группе – $0,8 \pm 1,52$), что на 30% больше ($p > 0,05$). Анализ вегетативного статуса в исследуемых группах выявил статистически значимое отличие: SDNN ($144,61 \pm 32,63$; и $131,86 \pm 33,74$ соответственно; ($p < 0,05$)); SDANN ($128,20 \pm 32,93$ и $113,96 \pm 30,74$ соответственно ($p < 0,05$)).

Выводы. Согласно данным нашего исследования, у пациентов с артериальной гипертензией и СОАС, перенесших COVID-19, с СОАС средней и тяжелой степени отмечается статистически значимое снижение уровня катестатина относительно пациентов без COVID-19 в анамнезе, что позволяет предположить повышение риска острых сердечно-сосудистых событий у пациентов с артериальной гипертензией, СОАС и COVID-19 в анамнезе. Корреляционный анализ данных выявил прямую, статистически слабую взаимосвязь между SDANN – интегрального показателя, характеризующего вариабельность сердечного ритма (BCP) в целом за период проведенных записей ХМ ЭКГ, и зависящего от воздействия как симпатического, так и парасимпатического отделов ВНС, и количеством эпизодов апноэ сна > 40 сек., ($r = 0,3012$; $p = 0,32$), что позволяет утверждать об увеличении риска внезапной сердечной смерти у больных с АГ, СОАС и COVID-19 в анамнезе.

ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ NT-PROBNP И ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

**Токмачев Р.Е., Семьнина Е.В.,
Токмачев Е.В., Анненкова А.В.**
Воронежский государственный медицинский
университет им. Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Цель исследования. Оценить клиническое течение, а также взаимосвязь уровня NT-PROBNP и био-

маркера воспаления интерлейкина-6 (ИЛ-6) со структурно-функциональными характеристиками миокарда у пациентов с ХСН и МС.

Материалы и методы. Исследование включало 160 человек с ХСН ишемического генеза в возрасте от 40 до 80 лет (82 женщины (51,3%) и 78 мужчин (48,7%), средний возраст – 62,7±11,8 года). Все пациенты были разделены на две группы: больные ХСН без МС – 74 человека, из них 34 мужчин (46%) и 40 женщин (54%), средний возраст – 63,4±12,9 года; больные ХСН с МС – 86 человек, из них 44 мужчин (51%) и 42 женщин (49%), средний возраст – 60,9±10,3 года. Все пациенты прошли комплексное физикальное, лабораторное и инструментальное обследование. Степень одышки оценивалась с помощью шкалы Борга; оценка толерантности к физической нагрузке (ФН) по результатам теста 6-минутной ходьбы (ТШМ). Для анализа композитного состава тела использовались цифровые весы-анализаторы, в основе функционирования которых лежит биоимпедансный метод.

Результаты и обсуждение. Среднее расстояние, пройденное при ТШХ у больных с МС, составило 243,5±91,8 м (255,8±80,2 м у пациентов без МС). Степень одышки по Боргу у больных 1-й группы составила 4,49±1,23 балла, у больных 2-й группы оказалась несколько ниже – 2,48±1,25 балла. Различалось количество баллов при оценке качества жизни с помощью опросника MLHFQ: у пациентов с МС – 61,2±15,9 балла, у больных ХСН без МС – 32,1±11,6 балл. По данным анализа состава тела с помощью биоимпедансометрии, у больных с МС общая масса жира составила 37,8±4,7%, в том числе 16,2±3,8% эндогенный жир, содержание жидкости – 45,4±6,0%, мышечная масса – 43,9±6,9 кг. У пациентов без МС масса как общего, так и эндогенного жира была значительно меньше (20,4±6,3 и 8,5±3,1%), содержание жидкости было аналогичным (44,5±5,4%), а мышечная масса, напротив, несколько больше (48,6±7,3 кг). В 1-й группе больных уровень NT-proBNP тесно коррелировал с уровнем ИЛ-6 ($r=0,91$), результатами ТШХ ($r=-0,91$), показателем опросника MLHFQ ($r=0,83$). Во 2-й группе концентрация NT-proBNP также тесно коррелировала с концентрацией ИЛ-6 ($r=0,91$), функциональным классом ХСН ($r=0,75$), результатами ТШХ ($r=-0,78$), показателем опросника MLHFQ ($r=0,76$).

Выводы. Наличие МС у больных ХСН ассоциируется с повышенными значениями NT-proBNP и ИЛ-6. Пациенты с МС имеют худшие показатели по результатам ТШХ, шкале Борга, опроснику MLHFQ; больший процент жира и сниженную мышечную массу по данным биоимпедансометрии. Как среди пациентов ХСН с МС, так и без МС обнаружены выраженные корреляции между уровнями NT-proBNP и ИЛ-6, а также NT-proBNP с функциональным классом ХСН, результатами ТШХ, количеством баллов по опроснику MLHFQ и ИЛ-6.

УРОВНИ SST2 И ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У ПАЦИЕНТОВ С ХСН С РАЗЛИЧНОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Токмачев Р.Е., Семьнина Е.В.,
Токмачев Е.В., Анненкова А.В.

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

Цель исследования. Изучить концентрации в крови биомаркеров системного воспаления – рецепторов 1 типа к интерлейкину-1 и высокочувствительного С-реактивного белка, оценить корреляционные связи с клинико-инструментальными, эхокардиографическими характеристиками пациентов с ХСН с различной фракцией выброса (ХСНсФВ) и (ХСНснФВ).

Материалы и методы. В исследование были включены 160 пациентов с диагнозом ХСН ишемического генеза (средний возраст 72,4±8,7 года). В дальнейшем группы пациентов были разделены по значению ФВ ЛЖ на две подгруппы – с ХСН с сохраненной фракцией выброса (ФВ ≥50%) – 69 человек, и с ХСН со сниженной фракцией выброса (ФВ <50%) – 91 человек.

Результаты и обсуждение. При сравнении групп по уровням биомаркеров были получены следующие результаты. Медиана NT-proBNP у пациентов с ХСНснФВ составила – 1804 (608-4908) нг/л, что превышало значение у пациентов с ХСНсФВ-980 (301-2677) нг/л ($p<0,001$). Уровень sST2 был выше у пациентов с ХСНснФВ-37 (21-56) нг/мл, в то время как для группы пациентов с ХСНсФВ-21 (15-35) нг/мл ($p<0,001$). При ХСНсФВ средний показатель ИОЛП-43 (37-53) мл/м², а ИММЛЖ-115 (95-143) г/м². При ХСНснФВ средний показатель ИОЛП-48 (40-73) мл/м², а ИММЛЖ-146 (127-184) г/м². Уровень hsCRP у пациентов с ХСНсФВ-3,4 (1,2-8,1) мг/л, в то время как у пациентов с ХСНснФВ значимо меньше – 2,9 (1,6-5,4) мг/л ($p<0,001$). Уровни NT-proBNP и hsCRP имели более сильную положительную связь с уровнями sST2 у пациентов с ХСНсФВ ($r=0,53$, $p<0,001$ и $r=0,48$, $p<0,001$), чем у пациентов с ХСНснФВ ($r=0,40$, $p<0,001$; $r=0,29$, $p<0,001$). Полученные у пациентов результаты указывали на статистически значимую прямую корреляцию уровней sST2 и ИОЛП (ХСНсФВ $r=0,45$, $p<0,001$ и ХСНснФВ $r=0,37$, $p<0,001$). В группе пациентов с ХСНсФВ наблюдалась обратная корреляционная связь уровня sST2 с дистанцией 6-минутной ходьбы ($r=-0,69$, $p=0,007$) и ФВЛЖ ($r=-0,46$, $p<0,001$). В группе ХСНснФВ уровень – обратная корреляция sST2 показал с ФВЛЖ ($r=-0,63$, $p<0,001$), а также с ДТШХ ($r=-0,52$, $p<0,008$).

Заключение. Повышение hsCRP (одновременно с NT-proBNP) свидетельствует о воспалительном процессе в миокарде, что отражает процессы ремоде-

лирования миокарда, отличающиеся от изменений в сердце при его гипертрофии и ишемии. Проведенный анализ уровней sST2 позволяет сделать выводы о перспективности его внедрения в диагностику и прогнозирование у пациентов с ХСН, т.к. он является маркером миокардиального стресса, ремоделирования желудочков и фиброза.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БЕКЛОМЕТАЗОНОМ И ФЛУТИКАЗОНОМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Токмачев Е.В., Семьнина Е.В.,
Токмачев Р.Е., Анненкова А.В.

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

Цель исследования. Изучение клинической эффективности различных вариантов терапии бронхиальной астмы в сочетании с аллергическим ринитом, в сравнении с применением беклометазона («Беклазон Эко Легкое Дыхание») и спрея назального дозированного флутиказона («Назарел») с беклометазоном в форме дозированного аэрозольного ингалятора (ДАИ) и беклометазоном в виде спрея назального дозированного («Насобек»).

Материалы и методы. Сравнительное рандомизированное исследование проводилось в двух параллельно набираемых группах, включаемых 42 пациента (9 мужчин и 33 женщины, средний возраст $41,8 \pm 0,9$ года) с диагнозом: «БА смешанного генеза, средней тяжести, неконтролируемая в сочетании с круглогодичным АР средней тяжести». На визите у лечащего врача (через 4 недели от включения больного в исследование), после оценки симптомов БА и АР, спирометрии с бронхолитической пробой, пациентам, входившим в первую группу, назначали «Беклазон Эко Легкое Дыхание» (БЭЛД) 250 мкг 4 раза в сутки и флутиказон в виде спрея назального дозированного «Назарел» (100 мкг 1 раз в сутки в каждый носовой ход), больным второй группы – беклометазон в форме обычного ДАИ (250 мкг 4 раза в сутки) и беклометазон в виде спрея назального дозированного «Насобек» (200 мкг 2 раза в сутки в каждый носовой ход). Дополнительно при необходимости пациенты обеих групп сравнения могли принимать препараты симптоматической терапии (деконгестанты). На последующем визите у лечащего врача (через 8 недель терапии) оценивалась динамика клинических и инструментальных параме-

тров и нежелательные побочные явления. Общая продолжительность исследования составила 12 недель.

Результаты и их обсуждение. Через 8 недель терапии 11 пациентам (50,00%) в первой группе удалось достичь полного контроля, во второй группе – 5 пациентам (25,00%). Частично контролируемым течение БА стало у 6 (27,27%) в первой и у 2 (10,00%) во второй группах больных. Не удалось достичь контроля над заболеванием у 5 (22,73%) пациентов, получавших терапию БЭЛД и «Назарелом», и у 13 пациентов (65,00%) беклометазоном в форме ДАИ и «Насобеком» ($\chi^2=7,73$, $p=0,0210$). Потребность в бронхолитиках короткого действия уменьшилась в первой группе с $3,81 \pm 0,28$ до $0,81 \pm 0,16$ в сутки ($p<0,05$), во второй группе – с $3,90 \pm 0,33$ до $1,65 \pm 0,16$ в сутки ($p<0,05$). Различия между больными первой и второй групп сравнения были достоверны через 8 недель терапии ($p<0,05$). Через 8 недель терапии в первой и второй группах достоверно снизилась частота дневных и ночных симптомов ($p<0,05$). На фоне терапии АР средней тяжести Назарелом отмечено достоверное уменьшение интенсивности всех четырех назальных симптомов ($p<0,05$). Аналогичная динамика отмечена и у больных второй группы, получавших терапию Насобеком ($p<0,05$). Улучшение состояния отмечалось уже к концу 1-й недели приема Назарела и Насобека, и данная тенденция сохранялась в течение 8 недель наблюдения. На фоне терапии и Назарелом, и Насобеком у всех больных первой и второй групп сравнения, до включения в исследование использовавших деконгестанты, удалось сократить потребность в их приеме, вплоть до полной отмены.

Выводы. Беклометазон в форме Беклазон Эко Легкое Дыхание обладает высокой клинической эффективностью и безопасностью и может быть препаратом выбора для лечения больных БА в сочетании с АР средней тяжести.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В СОЧЕТАНИИ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Токмачев Е.В., Семьнина Е.В.,
Токмачев Р.Е., Анненкова А.В.

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

Цель исследования. Изучение клинической эффективности применения Беклазона Эко Легкое Дыхание и спрея назального дозированного «Назарел» по сравнению с беклометазоном в форме ДАИ и беклометазона в виде спрея назального дозированного (Насобек).

Материалы и методы. В сравнительное рандомизированное исследование были включены 50 пациентов (12 мужчин и 38 женщин, средний возраст $43,21 \pm 0,89$ года) с диагнозом: бронхиальная астма смешанного генеза, средней тяжести, неконтролируемая в сочетании с круглогодичным аллергическим ринитом средней тяжести. На первом визите (M0) лечащим врачом проводилось клиническое обследование с оценкой симптомов БА и АР, исследования функции внешнего дыхания с бронхолитической пробой (400 мкг салбутамола/фенотерола), а также обучение технике ингаляции и коррекция лечения в соответствии с критериями включения/исключения. Через 2 недели от включения больного в исследование на повторном визите у лечащего врача пациентам, входившим в первую группу, назначали дозированный аэрозольный ингалятор (ДАИ) беклометазона (250 мкг 4 раза в сутки) и беклометазона в виде спрея назального дозированного Насобек (200 мкг 2 раза в сутки в каждый носовой ход), 2 группе – Беклазон Экко Легкое Дыхание (БЭЛД) (250 мкг 4 раза в сутки) и флутиказон в виде спрея назального дозированного Назарел (100 мкг 1 раз в сутки в каждый носовой ход). Дополнительно при необходимости пациенты обеих групп сравнения могли принимать препараты симптоматической терапии (деконгестанты). На визите M2 оценивалась динамика клинических и инструментальных параметров, качество жизни, нежелательные явления. Всего закончили исследование 42 человека (22 больных в первой и 20 пациентов во второй группах). Общая продолжительность исследования составила 12 недель.

Результаты и обсуждение. Через 8 нед. терапии полного контроля удалось достичь 11 пациентам (50,00%) в первой группе и 5 пациентам (25,00%) во второй группе, частично контролируемым течением БА стало у 6-ти больных (27,27%) в первой и у 2-х (10,00%) во второй группах. Не удалось достичь контроля над заболеванием 5-ти больным (22,73%), получавшим терапию БЭЛД и Назарелом, и 13-ти (65,00%) беклазоном ЭКО и Насобеком. Различия статистически значимы ($\chi^2=7,73$, $p=0,0210$). Аналогичная закономерность выявлена и в отношении частоты ночных симптомов, которая статистически значимо снизилась и у пациентов, получавших терапию БЭЛД и Назарелом, и больных, использовавших для лечения комбинацию Беклазона ЭКО и Насобека. На фоне терапии АР средней тяжести Назарелом отмечено достоверное уменьшение интенсивности всех 4-х назальных симптомов (ринореи с $2,42 \pm 0,11$ до $0,73 \pm 0,08$ балла, заложенности носа $2,92 \pm 0,13$ до $0,71 \pm 0,08$ балла, чихания с $2,21 \pm 0,11$ до $0,88 \pm 0,12$ балла, зуда в полости носа с $2,34 \pm 0,15$ до $0,76 \pm 0,10$ балла) ($p < 0,0001$). Аналогичная динамика отмечена и у больных второй группы, получавших терапию Насобеком. Среднее значение выраженности симптома ринореи снизилось с $2,29 \pm 0,87$ балла, заложенности носа $2,78 \pm 0,15$ до $0,87 \pm 0,11$ балла, чихания с $2,17 \pm 0,16$ до $0,95 \pm 0,14$ балла, зуда в полости носа с $2,43 \pm 0,18$ до $0,84 \pm 0,13$ балла) ($p < 0,0001$). Улучшение

состояния отмечалось уже к концу 1-й недели приема Назарела, и данная тенденция сохранялась в течение 8 нед наблюдения.

Выводы. Бекламетазона дипропионат в форме доставки Легкое Дыхание, обладает высокой клинической эффективностью и безопасностью, и может быть препаратом выбора для лечения больных БА в сочетании с АР средней тяжести. Назарел и Насобек показали высокую клиническую эффективность в отношении терапии АР у больных БА средней тяжести за уменьшения заложенности носа и восстановления нормального носового дыхания при низкой частоте побочных эффектов. Высокая эффективность, безопасность и низкая стоимость (по сравнению с аналогами) делают предпочтительным выбор в пользу Назарела и Насобека в общей врачебной практике.

НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С БОЕВЫМИ ТРАВМАМИ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Тополянская С.В.^{1,2}, Куржос М.Н.², Бубман Л.И.², Аликина Е.А.², Атоян Е.А.², Дмитриева Е.В.², Рачина С.А.¹, Лыткина К.А.², Мелконян Г.Г.²

¹Первый МГМУ им. И.М. Сеченова,

²Госпиталь для ветеранов войн,
Москва

Цель. Изучить возможные нарушения ритма и проводимости, а также профиль артериального давления (АД) у пациентов молодого и среднего возраста с боевыми ранениями.

Материалы и методы. В одномоментное (cross-sectional) исследование включено 68 пациентов, перенесших ранение конечностей в сроки от 13 до 66 дней (в среднем $35,1 \pm 13,6$ дней) до поступления в стационар. Все участники исследования были мужчинами. Возраст включенных в исследование пациентов варьировал от 21 до 56 лет, в среднем составляя $38,3 \pm 8,9$ лет. Нарушения ритма (тахикардия) в анамнезе были зарегистрированы лишь у 5,7% пациентов; антиаритмические препараты никто из пациентов не принимал. Эпизодическое повышение АД до ранения отмечали 40% пациентов, никто из пациентов не контролировал АД, диагноз артериальной гипертензии был установлен только 1 пациенту. Антигипертензивные препараты получал лишь один пациент. Пациентам проводилось Холтеровское мониторирование ЭКГ и суточное мониторирование артериального давления. В рамках данного исследования применялись следующие опросники и шкалы: опросник для выявления признаков вегетативных изменений (Вейн А.М.), шкала оценки выраженности психофизиологической реакции на стресс,

индекс тяжести инсомнии, шкала Гамильтона для оценки тревоги, шкала Гамильтона для оценки депрессии, опросник на скрининг посттравматического стрессового расстройства, визуальная аналоговая шкала боли.

Результаты. Средняя ЧСС за сутки достигала 84,0±9,6 в минуту, минимальная ЧСС – 58,6±9,2, максимальная ЧСС – 132,8±19,8 в минуту. Средняя по группе продолжительность тахикардии составила 487,3±270,8 минут (8 часов 7 минут). Наблюдалась обратная корреляция между возрастом больных и максимальной ЧСС за сутки ($r=-0,32$; $p=0,01$). У пациентов 20-29 лет максимальная ЧСС достигала 145,7±20,4, у пациентов старше 40 лет – 130,0±15,3 ($p=0,01$), у пациентов 30-40 лет – 131,2±18,6 в минуту ($p=0,05$, по сравнению с пациентами моложе 30 лет). Величина циркадного индекса в среднем по группе составляла 1,16±0,1 (0,93-1,44). У 74% циркадный индекс был ригидным. Вариабельность ЧСС в пределах нормальных величин зарегистрирована в 35,3% случаев, сниженная – в 41,2%, резко сниженная – в 23,5% случаев. Нарушения ритма зафиксированы у 60% пациентов, наиболее часто – синусовая аритмия (69,4% случаев всех аритмий). Миграция суправентрикулярного водителя ритма зарегистрирована у 33,3% пациентов, предсердный ритм – в 13,9% случаев всех аритмий. Эпизоды суправентрикулярной тахикардии наблюдались у 3 пациентов, фибрилляция предсердий – у 1 пациента. Суправентрикулярная экстрасистолия зарегистрирована у 83% пациентов, желудочковая экстрасистолия низких градаций – у 47,4% пациентов. АВ-блокада I степени отмечена у 4 больных, II степени тип Мобитц-2 – у 1 пациента. Максимальное систолическое АД, соответствующее артериальной гипертензии I степени зарегистрировано у 35% пациентов, 2 степени – у 25%, 3 степени – у 7,5%, высокое нормальное АД – у 12,5%, нормальное АД – у 20% пациентов. Максимальное диастолическое АД, соответствующее артериальной гипертензии I степени, зафиксировано у 18,4% пациентов, 2 степени – у 31,6%, 3 степени – у 23,7%, высокое нормальное АД – у 13,1%, нормальное АД – у 13,1% пациентов. Среднесуточное систолическое АД составляло 125,8 мм рт ст, диастолическое АД – 81,6 мм рт. ст. Среднее дневное систолическое АД составляло 128,2 мм рт ст, диастолическое – 83,7 мм рт. ст. Среднее ночное систолическое АД – 118,9 мм рт. ст, диастолическое – 77,3 мм рт. ст. Максимальное систолическое АД в целом по группе составило 149,3 мм рт. ст., диастолическое АД – 99,8 мм рт. ст. При анализе типов суточных кривых АД лишь 8,6% пациентов были отнесены к типу «диппер», а подавляющее большинство пациентов (45,7%) отнесены к типу «нон-диппер», как для систолического, так и для диастолического АД. При проведении корреляционного анализа установлены следующие достоверные взаимосвязи: среднее систолическое АД и показатели шкалы вегетативной дисфункции ($r=0,66$; $p=0,009$), среднее систолическое

АД и показатели шкалы тревоги Гамильтона ($r=0,55$; $p=0,05$), дневное систолическое АД и показатели шкалы вегетативной дисфункции ($r=0,64$; $p=0,01$), ночное систолическое АД и показатели шкалы вегетативной дисфункции ($r=0,59$; $p=0,02$), максимальное систолическое АД и показатели шкалы вегетативной дисфункции ($r=0,69$; $p=0,004$), максимальное систолическое АД и показатели шкалы реакции на стресс ($r=0,51$; $p=0,05$), минимальное систолическое АД и показатели шкалы тревоги Гамильтона ($r=0,85$; $p=0,03$), минимальное систолическое АД и показатели шкалы вегетативной дисфункции ($r=0,75$; $p=0,04$), пульсовое АД и показатели шкалы вегетативной дисфункции ($r=0,64$; $p=0,01$), пульсовое АД и показатели шкалы реакции на стресс ($r=0,59$; $p=0,02$).

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о том, что у пациентов с боевыми травмами очень часто обнаруживается синусовая тахикардия, регистрирующаяся в течение длительного периода времени. Частота сердечных сокращений максимальна у раненых самого молодого возраста и уменьшается по мере увеличения возраста. Очень часто встречается синусовая аритмия, другие нарушения ритма и проводимости – существенно реже. Часто регистрируется повышенное артериальное давление, особенно диастолическое. Необходимо продолжение исследований по изучению различной сердечно-сосудистой патологии у пациентов с боевыми травмами.

ИНТЕРЛЕЙКИН-6 И С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК – МАРКЕРЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЕВЫМИ РАНАМИ КОНЕЧНОСТЕЙ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

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

¹Первый МГМУ им. И.М. Сеченова,

²Госпиталь для ветеранов войн №3,
Москва

Цель. Определить концентрацию интерлейкина-6 (ИЛ-6) и С-реактивного белка (СРБ) в крови и оценить взаимосвязь лабораторных маркеров воспалительной активности с рядом клинических и лабораторных параметров у пациентов с боевыми ранами конечностей.

Материалы и методы. В одномоментное (cross-sectional) исследование было включено 62 пациента, перенесших ранение верхних и нижних конечностей в сроки от 10 до 63 дней (в среднем 29,8±11,8 дней) до поступления в стационар. Все участники исследования

были мужчинами. Возраст включенных в исследование пациентов варьировал от 20 до 56 лет, в среднем составляя 35,6±8,4 лет. Концентрацию ИЛ-6 в крови определяли методом иммуноферментного анализа, уровень С-реактивного белка – иммунотурби-димитрическим методом.

Результаты. Среднее содержание ИЛ-6 составило 0,82 пг/мл (0,37-7,81 пг/мл), средняя концентрация С-реактивного белка – 43,4 мг/л (1-199,2 мг/л). В ходе проведения корреляционного анализа обнаружены достоверные взаимосвязи между ИЛ-6 и другими лабораторными показателями: с С-реактивным белком ($r=0,44$; $p=0,0005$), СОЭ ($r=0,32$; $p=0,03$), гемоглобином ($r=-0,28$; $p=0,02$), лейкоцитами ($r=0,28$; $p=0,03$), нейтрофилами ($r=0,30$; $p=0,02$), альбумином ($r=-0,45$; $p=0,002$) и глюкозой ($r=0,26$; $p=0,04$). Зарегистрирована прямая корреляция между уровнем ИЛ-6 и возрастом пациентов ($r=0,26$; $p=0,04$). Наблюдалась тенденция к более высокой концентрации ИЛ-6 у пациентов старше 40 лет, по сравнению с более молодыми – 1,0 и 0,68 пг/мл, соответственно ($p=0,07$). Достоверной взаимосвязи между ИЛ-6 и временем, прошедшим с момента ранения, не установлено ($r=-0,15$; $p=0,23$). В группе пациентов с наличием лейкоцитоза средняя концентрация ИЛ-6 достигала 0,85 пг/мл, с нормальным числом лейкоцитов – 0,62 пг/мл ($p=0,03$). У пациентов с повышенным уровнем СРБ средняя концентрация ИЛ-6 в крови составила 0,98 пг/мл, с нормальным СРБ – 0,56 пг/мл ($p=0,008$). В группе пациентов с повышенным уровнем ИЛ-6 наблюдалась более высокая концентрация СРБ в сыворотке крови (75,3 и 32,2 мг/л, соответственно; $p=0,001$), большее число лейкоцитов (11,5 и $8,4 \times 10^9$ /л; $p=0,01$) и нейтрофилов (8,4 и $5,7 \times 10^9$ /л; $p=0,02$), но более низкие значения гемоглобина (92,9 и 104,5 г/л, соответственно; $p=0,03$), общего белка (56,9 и 61,8 г/л; $p=0,03$) и альбумина (30,6 и 33,7 г/л; $p=0,04$). В ходе проведения корреляционного анализа обнаружены следующие достоверные взаимосвязи между СРБ и другими лабораторными показателями: с СОЭ ($r=0,54$; $p=0,0002$), гемоглобином ($r=-0,71$; $p<0,000001$), лейкоцитами ($r=0,55$; $p=0,00009$), нейтрофилами ($r=0,62$; $p<0,000001$), общим белком ($r=-0,49$; $p=0,00009$) и альбумином крови ($r=-0,62$; $p=0,000008$), концентрацией железа ($r=-0,61$; $p=0,000002$) и фибриногена ($r=0,46$; $p=0,0005$). В группе пациентов с повышенным уровнем СРБ отмечалось большее число лейкоцитов (10,5 и $7,1 \times 10^9$ /л, соответственно; $p=0,002$) и нейтрофилов (7,6 и $4,4 \times 10^9$ /л; $p=0,003$), но более низкий уровень гемоглобина (92,5 и 117,7 г/л; $p<0,000001$). Установлена также достоверная обратная корреляция между уровнем СРБ и числом дней с момента ранения ($r=-0,34$; $p=0,01$).

Выводы. Результаты данного пилотного исследования свидетельствуют о том, что интерлейкин-6 и С-реактивный белок могут служить объективными маркерами воспалительной активности и тяжести ранения у

пациентов с боевыми травмами конечностей. Необходимо продолжение исследований различных биомаркеров тяжести ранений у пациентов с боевыми травмами.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСТЕОПРОТЕГЕРИНА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Тополянская С.В.^{1,2}, Бубман Л.И.², Карпов В.В.²,
Нечаев А.И.², Хан С.О.², Молочников А.Ю.²,
Васильева Ю.Ю.², Лыткина К.А.², Мелконян Г.Г.²

¹Первый МГМУ им. И.М. Сеченова,

²Госпиталь для ветеранов войн №3,
Москва

Цель. Определить концентрацию остеопротегерина в крови больных пожилого и старческого возраста с атеросклерозом артерий нижних конечностей и оценить клиническое значение остеопротегерина при различной патологии.

Материалы и методы. В исследование было включено 45 больных в возрасте старше 60 лет с клинически значимым атеросклерозом артерий нижних конечностей, подтвержденным данными ультразвукового исследования и компьютерной ангиографии. Средний возраст пациентов достигал 73±1 года (от 60 до 91 года). Большинство включенных в исследование больных составили мужчины – 53,5%, на долю женщин приходилось 46,5%. Всем пациентам проводилось стандартное клиническое и лабораторное обследование, а также комплексная гериатрическая оценка. Концентрацию остеопротегерина в сыворотке крови определяли посредством иммуноферментного анализа. Использовали тест-системы производства компании «Cloud-Clone Corp.». Диапазон нормальных значений для остеопротегерина установлен не был, диапазон возможных измерений варьировал от 0,059 до 10 нг/мл. Измеряли также минеральную плотность костной ткани поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии.

Результаты. Средняя по группе концентрация остеопротегерина составила 1,03±0,5 нг/мл, варьируя от 0,047 до 2,86 нг/мл. В группе женщин средняя концентрация остеопротегерина достигала 1,07±0,5 нг/мл, в группе мужчин – 1,01±0,5 нг/мл ($p=0,73$). При проведении корреляционного анализа обнаружена достоверная прямая взаимосвязь между концентрацией остеопротегерина в крови и возрастом больных ($r=0,33$; $p=0,03$). Установлена обратная корреляция между концентрацией остеопротегерина и глюкозы в крови ($r=-0,43$; $p=0,003$). В общей группе больных других значимых корреляций между уровнем остеопротеге-

рина и другими изученными лабораторными показателями обнаружено не было. Вместе с тем в группе женщин зарегистрированы достоверные корреляции между остеопротегерином и креатинином ($r=0,55$; $p=0,01$), мочевой кислотой ($r=0,89$; $p=0,01$), глюкозой ($r=-0,51$; $p=0,02$), а также показателями шкалы инструментальной активности в повседневной жизни (IADL; $r=0,61$; $p=0,01$). В группе мужчин установлена лишь корреляция между возрастом и концентрацией остеопротегерина в крови ($r=0,41$; $p=0,05$). Значимых корреляций между концентрацией остеопротегерина в крови и всеми изученными показателями минеральной плотности костной ткани в поясничном отделе позвоночника и в проксимальных отделах бедренных костей не обнаружено. Однако в группе пациентов с остеопорозом в поясничном отделе позвоночника средняя концентрация остеопротегерина достигала $1,6 \pm 0,03$ нг/мл, тогда как с нормальной минеральной плотностью костной ткани в этом отделе скелета – $0,96 \pm 0,33$ нг/мл ($p=0,02$). Достоверных различий между концентрацией остеопротегерина у пациентов с остеопорозом в проксимальных отделах бедренных костей и с нормальной минеральной плотностью костной ткани установлено не было. У пациентов с хронической сердечной недостаточностью средняя концентрация остеопротегерина достигала $1,2 \pm 0,57$ нг/мл, без сердечной недостаточности – $0,96 \pm 0,47$ нг/мл ($p=0,1$). Различий в концентрации остеопротегерина у женщин с хронической сердечной недостаточностью и без сердечной недостаточности обнаружено не было ($1,07$ нг/мл в обеих группах; $p=0,99$), тогда как у мужчин с ХСН концентрация остеопротегерина достигала $1,32 \pm 0,69$ нг/мл, без сердечной недостаточности – $0,88 \pm 0,33$ нг/мл ($p=0,05$). Различий в концентрации остеопротегерина в группах пациентов, перенесших инфаркт миокарда или острое нарушение мозгового кровообращения, с фибрилляцией предсердий, с сахарным диабетом, с ожирением и без этих патологических состояний обнаружено не было. У женщин с азотемией и повышением уровня креатинина средняя концентрация остеопротегерина достигала $1,25 \pm 0,5$ нг/мл, без этой патологии – $0,77 \pm 0,5$ нг/мл ($p=0,06$); у мужчин данных различий не найдено.

Заключение. В рамках данного пилотного исследования установлен ряд взаимосвязей между концентрацией остеопротегерина и показателями глюкозы и креатинина крови, а также с хронической сердечной недостаточностью и остеопорозом в поясничном отделе позвоночника. Однако небольшая выборка больных и отсутствие контрольной группы не позволяют в настоящий момент делать однозначные выводы о роли остеопротегерина при атеросклерозе артерий нижних конечностей и при другой сердечно-сосудистой патологии. Необходимы дальнейшие исследования по установлению клинического значения остеопротегерина при различной сердечно-сосудистой и другой возраст-ассоциированной патологии.

ВЛИЯНИЕ ТЯЖЕСТИ ПСОРИАЗА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Тремаскина П.О., Коротчаева Т.В., Глухова С.И.
Научно-исследовательский институт
ревматологии им. В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. PsAID-12 (Psoriatic Arthritis Impact of Disease) является надежным инструментом для оценки влияния псориатического артрита (ПсА) на качество жизни, связанного со здоровьем (КЖСЗ), включая проблемы с кожей.

Цель данной работы. Оценить факторы, связанные с достижением приемлемого качества жизни у пациентов (пац.) с ПсА.

Материалы и методы. В исследование вошло 53 пац. (28 женщин, 25 мужчин) с диагнозом ПсА, соответствующих критериям CASPAR 2006 г. Средний возраст на момент исследования составил $45,7 \pm 12$ лет, Me длительности ПсА 90 [72;99] месяца (мес.), длительность псориаза 132 [96,180] мес., длительность наблюдения за больными – 81 [61;91] мес. На ранней стадии ПсА (до 2 лет) все пац. получали метотрексат (МТ) в дозе 20-25 мг/нед, если ремиссия или минимальная активность болезни (МАБ) не были достигнуты через 3-6 месяцев, добавлялась комбинированная терапия МТ+ГИБП. Все пац. прошли стандартное ревматологическое клиническое обследование: оценка количества болезненных суставов (ЧБС), количества припухших суставов (ЧПС), выраженности боли в суставах пациентом (ОБП), активности заболевания по мнению пациента (ОЗП) по визуальной аналоговой шкале (ВАШ, 0-10 см), определение уровня СРБ (мг/л), оценка псориаза кожи по BSA (%), наличие псориаза ногтей, активности ПсА по DAPSA, определение количества пациентов (в %), которые достигли МАБ. Все пац. заполнили анкету PsAID-12. PsAID-12 \leq 4 соответствовал достижению приемлемого для пациента качества жизни – Patient Acceptable State Status (PASS). Результаты анализировали в 2-х группах: PsAID-12 \leq 4 и PsAID-12 $>$ 4. Различия считали статистически значимыми при $p<0,05$. Оценивали отношение шансов (ОШ) с 95%-ным доверительным интервалом (95% ДИ) для каждой переменной. При статистической обработке данных рассчитывали средние значения показателей (M) и стандартное отклонение (SD). При отличии распределения от нормального вычисляли Me и интерквартильный интервал [25-й; 75-й перцентили].

Результаты. Me PsAID-12 составила 2,1 [0,95;4,6]. Достижение PASS (приемлемого КЖСЗ) отмечено у 38 из 50 пац. (76%). Ремиссия по индексу активности DAPSA наблюдалась у 15 (28,3%), низ-

кая активность заболевания (НАБ) – у 16 (30,2%), умеренная (УАБ) – у 13 (24,5%), высокая активность (ВАБ) – у 9 (17%) пациентов. МАБ достигнута у 49% (26 пац.). Были выявлены факторы, связанные с достижением PASS у пациентов с ПсА: отсутствие поражения ногтей псориазом (ОШ 5,262; 95% ДИ 1,041-26,595); легкая тяжесть распространенности псориаза кожи (BSA менее 3%) (ОШ 5,625; 95% ДИ 1,542-20,523).

Выводы. Как показано в нашей работе, отсутствие псориаза ногтей и низкая тяжесть кожного псориаза связаны с достижением приемлемого качества жизни у пациентов с ПсА при длительном течении заболевания. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы получить более полное представление о влиянии ПсА на качество жизни пациентов.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СОГЛАСНО СТРАТЕГИИ TREAT-TO-TARGET У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ С РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКОЙ

Тремаскина П.О., Логинова Е.Ю.,
Корогаева Т.В., Глухова С.И.

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

Цель исследования. Оценить в сравнительной аспекте группы пациентов с псориатическим артритом (ПсА), пролеченных с применением/без применения стратегии «Лечение до достижения цели» (treat-to-target, T2T), с длительностью заболевания более 5 лет.

Материалы и методы. В исследование включено 103 пациента (пац.). В основную группу (ОГ) вошло 53 пац. (28 жен., 25 муж.) с диагнозом ПсА, пролеченных на ранней стадии ПсА (до 2 лет) с помощью стратегии T2T в течение 24 мес. Средний возраст на момент исследования составил $45,7 \pm 12$ лет, Ме длительности ПсА 90 [72; 99] мес. После окончания наблюдения пациенты лечились «по требованию» в зависимости от активности заболевания в соответствии с клиническими рекомендациями. Контрольную группу (КГ) составили 50 пац. (26 жен., 24 муж.), средний возраст $43,5 \pm 12,4$ лет, Ме длительности ПсА 72 [65; 102] мес. Пациенты из КГ лечились до момента включения в исследование по месту жительства (реальная клиническая практика). В ходе текущего контроля все пациенты прошли стандартное ревматологическое клиническое обследование, включая оценку активности ПсА по индексу DAPSA. Определяли количество пациен-

тов (в %), которые достигли минимальной активности болезни (МАБ). Рентгеновские снимки оценивались рентгенологом на основании количественного метода m-Sharp/van der Heijde, модифицированного для ПсА. Общий счет (ОС) m-Sharp/van der Heijde складывался из счета эрозий (СЭ) и счета сужения щелей (ССЩ). Результаты представлены в виде: $M \pm SD$, Ме [Q25; Q75], тест Манна-Уитни. Значения $p < 0,05$ принимались за статистически значимые.

Результаты. В группе пациентов, лечившихся с применением стратегии T2T (ОГ), большинство пациентов спустя более 5 лет длительности ПсА, находятся в ремиссии ПсА – 28,3% (15 пац.), 30,2% (16 пац.) в низкой активности (НАБ), 24,5% (13) в умеренной (УАБ) и в высокой активности 17% (9). Достижение МАБ выявлено у 49% (26 пац.). Большая часть пациентов из КГ находится в ВАБ – 54%, УАБ у 18% пац., НАБ 26% и 1 пациент находится в статусе ремиссии. МАБ в КГ достигнута у 4 пац. (8%). Выявлены статистически значимые различия при анализе в отношении активности ПсА, Ме DAPSA ОГ – 10,8 [2,7; 21] и Ме DAPSA КГ – 29,2 [13,2; 38], $p = 0,00$. ЧБС и ЧПС значимо меньше у пациентов, лечившихся с помощью T2T: Ме ЧБС ОГ – 4 [0; 7], Ме ЧБС КГ 9 [4; 17], $p = 0,01$; Ме ЧПС ОГ – 2 [0; 4], Ме ЧПС КГ – 4 [2; 7], $p = 0,001$. Энтезопатии чаще встречались в КГ – 44%, когда в ОГ – 26%, $p = 0,04$. Не было выявлено значимых различий при сопоставлении данных рентгенографии между двумя группами, включая количество эрозий в суставах кистей и стоп.

Выводы. Лечение согласно стратегии «Лечение до достижения цели» показало свою эффективность, при отдаленном наблюдении по сравнению с группой больных, не лечившихся с помощью стратегии. Эффективность доказана в отношении клинической картины пациентов и активности заболевания, однако при анализе рентгенологического прогрессирования, не получено различий между группами.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Троицкая Н.И.

Читинская государственная медицинская академия,
г. Чита

Синдром диабетической стопы относится к поздним осложнениям течения сахарного диабета. Под действием гипергликемии на фоне поражения периферических нервов, макро и микрососудов при развитии данного осложнения развиваются гнойно-некротические изменения мягких тканей, деструктивные и дегенеративные процессы в костях и суставах стопы.

Данное осложнение сахарного диабета формируется более чем у 20-50% больных и является одной из главных причин выполнения нетравматических ампутаций нижних конечностей. До 30 % больных, перенесших первичную ампутацию по этой причине, подвергаются повторным ампутациям другой конечности в течении ближайших 3-х лет, до 50 % пациентов переносят их в течении 5 лет. Смертность после высоких ампутаций в первый год после операции составляет от 13 до 40%, в последующие 5 лет – 39-80%.

В патогенезе синдрома диабетической стопы важную роль играют изменения состояния микроциркуляторного русла. Нарушения микроциркуляции отягощают проявления нейро- и макроангиопатии, способствуя формированию гнойно-некротических поражений мягкой ткани стоп. В связи с этим изучение состояния микроциркуляторного русла при синдроме диабетической стопы является очень важным для оценки тяжести течения и прогноза заболевания.

Цель работы. На основе изменений состояния системы микроциркуляции разработать критерии прогнозирования развития диабетической стопы у больных сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы. В ходе работы нами исследовано состояние микроциркуляторного русла у 60 пациентов, страдающих сахарным диабетом 2 типа и обратившихся за помощью в отделения гнойной хирургии и терапии ГУЗ «Городская клиническая больница №1» в 2017 г. Обследованные больные были разделены на 2 группы по 30 человек: с неосложненным течением сахарного диабета и страдающие нейроишемической формой диабетической стопы. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц.

Исследование состояния микроциркуляторного русла. Состояние микроциркуляторного русла исследовали с соблюдением стандартных условий метода по средствам аппарата ЛАКК-02 (НПП «Лазма», Россия). Измерения микроциркуляции осуществляли в точке в 1 межплюсневом промежутке на тыле стопы. Оценивались: коэффициент вариации (K_v); показатель микроциркуляции (M); индекс эффективности микроциркуляции (ИЭМ). С помощью вейвлет-преобразования определяли значения максимальных амплитуд осцилляций эндогенного, нейрогенного, миогенного, дыхательного и сосудистого диапазонов колебаний микроциркуляции. Все исследованные показатели, кроме K_v , измеряющегося в %, измеряли в перфузионных или относительных единицах (пф.ед., отн.ед.).

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью программы IBM SPSS Statistics Version 25.0.

Результаты и их обсуждение. При анализе полученных данных выявлено, что значение показателя M при синдроме диабетической стопы ниже, чем в группе контроля и у больных без диабетической стопы в 1,7 и 1,4 раза соответственно ($p=0,003$; $p_1=0,003$). Значение коэффициента вариации (K_v) в группе с диабетической стопой ниже, чем в группе контроля в 2,7

раза ($p=0,05$). Для определения фактической степени параллелизма между исследуемыми показателями и развитием синдрома диабетической стопы использовали коэффициент корреляции Спирмена. По данным исследования, связь между показателем M и развитием синдрома диабетической стопы обратная, сила связи по шкале Чеддока умеренная. Связь между K_v и развитием диабетической стопой прямая, сила связи – умеренная.

Учитывая полученные результаты, на основании уравнения линейной регрессии, нами предложен способ прогнозирования развития диабетической стопы [Троицкая и др, 2019], основанный на определении значения показателя микроциркуляции (M) и коэффициента вариации (K_v), рассчитывается прогностический коэффициент DS по формуле:

$$DS = 1,2 - 0,38 \times M + 0,02 \times K_v - 0,125,$$

где M – показатель микроциркуляции, отражающий количество эритроцитов в заданном времени через единицу объема ткани (пф. ед.), K_v – коэффициент вариации, отражающий соотношение между прохождением крови через ткань и объемом ее изменчивости ее изменчивости (%). Параметры прогностического коэффициента трактуются следующим образом. При коэффициенте диабетической стопы DS более 1,0 прогнозируют развитие синдрома диабетической стопы.

Для определения статистической значимости разработанной модели определялась площадь под ROC-кривой, которая составляет 0,735 (95% ДИ 0,621 – 0,848). Чувствительность модели 60%, специфичность 79%.

Заключение. При исследовании состояния микроциркуляторного русла с помощью неинвазивного метода лазерной доплеровской флоуметрии в точке, расположенной в области 1 межплюсневом промежутке на тыле стопы, у пациентов с развитием синдрома диабетической стопы выявлено статистически значимое снижение общего показателя микроциркуляции M по сравнению с аналогичным показателем в группе контроля и у больных с неосложненным течением сахарного диабета. Также в этой группе больных зарегистрировано достоверное снижение значения коэффициента вариации K_v относительно группы клинического сравнения. С помощью значения коэффициента корреляции Спирмена взаимосвязь данных показателей с развитием синдрома диабетической стопы. С помощью метода линейного регрессионного анализа, на основе этих показателей, разработан способ прогноза развития синдрома диабетической стопы, позволяющий получить прогностический коэффициент, на основе которого можно судить о рисках развития данного состояния у конкретного пациента. С помощью ROC-анализа выявлено хорошее качество разработанного способа. Раннее выявление отклонений состояния микроциркуляторного русла с вычислением прогностического коэффициента позволяет выделять группу пациентов с риском развития синдрома диабетической стопы на стадии доклинических проявлений.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДИСПАНСЕРНОГО СКРИНИНГА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЖЕЛУДКА С ПРИМЕНЕНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ (СЗФО)

Тряпицын А.В.^{1,2}, Барановский А.Ю.¹,
Соколова К.С.^{1,3}

¹Санкт-Петербургский государственный университет,

²Клиника высоких медицинских технологий
им. Н.И. Пирогова,

³Научно-клинический и образовательный центр
гастроэнтерологии и гепатологии,
Санкт-Петербург

Введение. Во всем мире рак желудка остается одним из наиболее частых в структуре заболеваемости и смертности среди населения. В Российской Федерации за последние 5 лет рак желудка занимает шестое место по числу заболевших и удерживает 2-3 место как причина смертности среди всех злокачественных новообразований. В 2021 году, в России заболело и умерло от этого заболевания 32021 и 26520 человек соответственно. При этом в регионах СЗФО, как и в целом по России, не существует программы скрининга в отношении этих заболеваний. Задачей исследования является подведение промежуточных итогов многолетней работы авторов о информативности и перспективах внедрения различных методов диагностики.

Материалы и методы. В нескольких исследованиях, результаты которых публиковались с 2019 года было суммарно проанализировано около 500 случаев заболеваний ЗНО желудка и около 3000 случаев хронических атрофических гастритов среди жителей СЗФО. Учитывались жалобы, анамнез, возраст, пол пациентов, особенности отклонений со стороны лабораторных и эндоскопических методов, их связь с выявлением у пациентов, атрофических, диспластических и злокачественных процессах в слизистой оболочке желудка (СОЖ).

Результаты. В настоящее время отчетливо вырисовываются 5 основных этапов скрининга. Любой из них может реализовываться как самостоятельно, так и дополнять общую систему.

Первый этап может быть реализован по итогам программы диспансеризации, существующей в регионах на данный момент и не требует внедрения дополнительных методов диагностики. Такие факторы риска как возраст старше 60 лет, курение, злоупотребление алкоголем, избыточная масса тела, увеличение окружности талии, негативный анамнез среди родственников по ЗНО желудка, наличия сахарного диабета, заболеваний щитовидной железы могут быть проанализированы даже по результатам самостоятельного заполнения

анкет пациентами. Такие лабораторные показатели как изменение уровня гемоглобина (как снижение, так и повышение), лимфоцитоз, повышение уровня глюкозы и/или гликированного гемоглобина могут быть зафиксированы по результатам диспансеризации и также являются сигналами о повышении риска ЗНО желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Положительная реакция кала на скрытую кровь может быть проявлением патологического процесса не только в кишке, но и в желудке.

Второй этап заключается в внедрении дополнительных методов лабораторной диагностики. Такие методы как оценка уровня гастрин-17, пепсиногена-I, пепсиногена-II, и антител класса IgG к H. Pylori способны с высокой долей чувствительности и специфичности заподозрить атрофический процесс в СОЖ. С нашей точки зрения, наиболее перспективным из этих анализов является определение уровня гастрин-17. Нормальный его показатель чаще всего может говорить о отсутствии фоновой патологии СОЖ, которая может предрасполагать к развитию ЗНО. Снижение его уровня чаще всего свидетельствуют о наличии кислотозависимых заболеваний как желудка, так и пищевода, требующих дальнейшей диагностики и лечения. Повышения уровня гастрин-17 до 300 Ед, при нормальном показателе до 10 Ед чаще всего свидетельствует о атрофических процессах в теле желудка, при аутоиммунных гастритах, повышение его уровня более 600 Ед нами часто встречалось при злокачественных нейроэндокринных новообразованиях желудка I типа.

Третий этап заключается в эндоскопической диагностике. К сожалению, в настоящее время, по данным эндоскопии можно судить, преимущественно о наличии или отсутствии хирургической патологии пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Сама оценка врачом-эндоскопистом состояния СОЖ, чаще всего является субъективной и не содержит достаточно данных, чтобы сделать вывод о наличии или отсутствии хронического воспалительных заболеваний желудка. Проведенное нами исследование показало, что применение стандартной описательной методики по Кимура Такемото может существенно повысить объективность оценки изменения СОЖ и получить представление о наличии атрофического гастрита. Так, уже начиная с изменений, характеризующихся атрофией C2 в 31% случаев встречалась кишечная метаплазия СОЖ по данным гистологического исследования биоптатов. При эндоскопической картине гастрита C2, O1, O2 кишечная метаплазия метаплазия выявлялась уже в 58%, 52%, 82% случаях соответственно. В случае с гастритом тип O3 энтеролицизация отмечалась в 68% случаев, при этом часто встречалась интраэпителиальная неоплазия низкой степени и неопределенного характера, гиперплазия нейроэндокринных клеток.

Четвертый этап, наиболее информативный и должен включать в себя проведение эндоскопии высокого разрешения с стандартной пятиточечной диагностической биопсией и последующей гистологической оценкой биоптатов по системе OLGA. Применение

данного алгоритма позволит четко определить наличие или отсутствие хронического заболевания желудка, подходы к его лечению и потенциальный онкориск которым оно обладает. Благодаря такому подходу можно будет составить многолетний план наблюдения пациентов с различными факторами риска в отношении ЗНО желудка.

Пятый этап, носит статус скорее перспективного и включает в себя генетическое исследование в отношении риска рак желудка. На данной стадии развития медицинских технологий, проведение одного генетического исследования по затратам сил и средств, превышает реализацию всех четырех предыдущих. Однако, по нашим наблюдениям, от 10 до 15%, случаев ЗНО желудка не имеют каких-либо фоновых хронических заболеваний, которые могли бы быть выявлены с помощью первого или второго этапа наблюдения на ранних стадиях. Сроки развития злокачественного процесса у данных лиц до конца остаются не изучены. Чаще всего у них также нет изменения СОЖ воспалительного и/или атрофического характера, которые могли бы быть зафиксированы с помощью третьего или четвертого этапов. Поэтому систему полноохватного скрининга в перспективе должна также включать и это исследование.

Заключение. ЗНО желудка начинают вносить существенный вклад в смертность населения России и СЗФО начиная с 30 летнего возраста. Предложенная нами систем скрининга должна вводиться поэтапно для всего взрослого населения с учетом возможных региональных адаптаций. Выявленные группы риска по итогам скрининга первого или второго этапа, должны направляться на эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, желателен с забором биоптатов. При этом очень важным является стандартизация описания со стороны врачей-эндоскопистов и соответствующая подготовка специалистов терапевтического профиля, которые будут курировать лечение и наблюдение данных пациентов. Описанная нами систем скрининга позволит снизить риск развития рака желудка более чем на 90% в охваченной группе населения. В настоящее время нами проделана работа по составлению четких алгоритмов действий по результатам третьего и четвертого этапа диспансеризации. Сложность заключается в том, что для их реализации необходимо проделать очень большой объем работы в отношении эндоскопической и морфологической диагностики. Реализация таких задач с учетом имеющихся ресурсов системы здравоохранения пока не представляется возможной. Однако полноценное внедрение первого и второго этапов позволит значительно снизить круг лиц, нуждающихся в эндоскопической диагностике. В настоящее время нами продолжается разработка стандартных анкет и опросников, изучение и калибровка различных факторов риска ЗНО желудка. На базе Клиники высоких медицинских технологий СПбГУ им Н.И.Пирогова проводится тестирование и совершенствование этих алгоритмов.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Турсунова Л.Д., Жаббаров О.О.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Определить взаимосвязь между $\beta 2$ -микроглобулином ($\beta 2$ -МГ) и клинической картиной и лабораторными показателями хронической болезни почек (ХБП).

Материал и методы. В исследование были включены 68 больных (32 мужчин и 36 женщин) находившихся на стационарном лечении в Республиканском научно-практическом центре нефрологии на базе Ш-клиники ТМА, с клинически установленным диагнозом ХБП, которые составили первую группу. Контрольную группу составили 36 человек (13 мужчины и 23 женщины) с различными формами социально-значимых заболеваний, но без признаков ХБП. Средний возраст больных составил $55,0 \pm 0,4$ лет, продолжительность ХБП – $12,4 \pm 0,3$ лет. Всем больным проводился тщательный сбор клинических и лабораторных данных, а также лабораторный мониторинг систолического и диастолического артериального давления (АД), индекса массы тела, общеклинических лабораторных данных, $\beta 2$ -МГ, липидного профиля и протеинурии. Функцию почек оценивали по формуле СКД-ЕРІ (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) с помощью сывороточного креатинина. Статистический анализ проводился с помощью программ «Statistica 10.0» («StatSoft Inc.», США) и «Microsoft Office Excel 2010» («Microsoft Corp.», США).

Результаты и обсуждение. Уровень бета-2-МГ в сыворотке крови коррелировал тяжести ХБП и составил $8,5 (7,8; 12,1)$ мг/л при С4 и $18,3 (11,3; 23,6)$ мг/л на С5 стадиях ХБП, а экскреция с мочой – $2,6 (0,3; 6,4)$ мг/л на С4 и $2,614 (1,5; 25,8)$ мг/л на С5 стадиях ХБП. Вне зависимости от нарушения почек, средний показатель сывороточного уровня бета-2-МГ была клинически значимо выше у лиц женского пола. При проведении однофакторного корреляционного анализа регистрировалась статистически высокозначимая взаимосвязь между уровнями сывороточных бета-2-МГ и креатинина как в подгруппе пациентов с ХБП ($r=0,904$; $p=0,001$), так и в общей выборке ($r=0,747$; $p=0,001$). Между сывороточным уровнем бета-2-МГ и расчетной скоростью клубочковой фильтрации (pСКФ) отмечалась сильная отрицательная взаимосвязь ($r=-0,716$; $p=0,001$). У лиц без ХБП повышение уровня сывороточного креатинина было тесно связано с ростом мочевой экскреции бета-2-МГ ($r=0,252$; $p=0,005$). Одновременно, у этой категории пациентов отмечалась тесная корреляционная взаимосвязь pСКФ с сывороточным уровнем бета-2-МГ ($r=-0,434$; $p=0,002$) и его моче-

вой экскрецией ($r=-0,245$; $p=0,005$). Установлена прямая взаимосвязь между повышением содержания сывороточного бета-2-МГ и ростом уровня диастолического АД ($r=0,274$; $p=0,034$) среди пациентов ХБП. В общей выборке зафиксирована прямая взаимосвязь между величиной систолического АД и сывороточным уровнем бета-2-МГ ($r=0,223$; $p=0,01$), а также между диастолическим АД ($r=0,268$; $p=0,01$) и мочевой экскрецией бета-2-МГ.

Заключение. В результате нашего исследования была оценена взаимосвязь бета-2-МГ с клинико-лабораторными проявлениями ХБП. Полученные данные характеризуют высокий прогностический потенциал изменений бета-2-МГ у популяции больных с различными формами социально-значимых заболеваний, а также ХБП, что позволяет выделить среди них группы пациентов высокого и/или очень высокого почечного и сердечно-сосудистого риска для проведения своевременного целенаправленного терапевтического воздействия.

АНАЛИЗ ТИПОВ КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

Турсунова Л.Д., Жаббаров О.О.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Поражения сердца и почек широко распространены в популяции и часто встречаются вместе, повышая смертность, риск осложнений, сложность лечения и его стоимость. Принято определение патофизиологического расстройства сердца и почек, при котором острая или хроническая дисфункция одного из этих органов ведет к острой или хронической дисфункции другого, как кардиоренального синдрома (КРС).

Цель исследования. Изучить частоту выявления кардиоренального синдрома у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ 300 стационарных карт пациентов, проходивших лечение в отделении нефрологии многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии за период 2021-2022 гг. с клинически установленным диагнозом ХСН. Выборка произведена случайным образом. Из них – 118 мужчин (39,66%) и 182 женщины (60,33%). Средний возраст пациентов – $75 \pm 11,3$ года. Скорость клубочковой фильтрации рассчитывалась по формуле СКД-ЕПІ. Статистическая обработка материала проведена методами описательной статистики. Результаты считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Снижение скорости клубочковой фильтрации, соответствующее критериям

хронической болезни почек (ХБП), было выявлено у 99% пациентов (297 человек). У обследованных пациентов выявлены хронический кардиоренальный (66%), хронический ренокардиальный (3%) и вторичный кардиоренальный (31%) синдромы. Снижение скорости клубочковой фильтрации чаще соответствовало 3 стадии ХБП (67,6%, $p < 0,05$). Чем выше был функциональный класс ХСН, тем чаще выявлялись ХБП 4 и 5 стадии. У больных с ХСН III стадии чаще встречался 5 тип кардиоренального синдрома (51,72%, $p < 0,05$). Перенесенный ИМ чаще наблюдался у пациентов с 5 типом КРС, у которых был сахарный диабет 2 типа ($p < 0,001$).

Заключение. Наше исследование показало, высокую распространенность КРС среди пациентов с ХСН, находящихся на стационарном лечении, с наиболее неблагоприятным сочетанием прогностически неблагоприятных признаков при 5 типе КРС.

ИЗУЧЕНИЕ АССОЦИАЦИЙ НЕКОТОРЫХ ГЕНОМНЫХ БИОМАРКЕРОВ С ТЯЖЕСТЬЮ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ SARS-COV-2, У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Тюрюпов М.С., Тедеев Т.Г.,
Нуязин В.К., Лакомкин Д.В.

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

Актуальность и цель. Инфекция, вызванная SARS-CoV-2 характеризуется высокой полиморфностью клинического течения. При этом соматические факторы риска не всегда в достаточной степени объясняют развитие тяжелых случаев этого заболевания. Недавние исследования показали, что наблюдаемая изменчивость может объясняться генетическими факторами. Целью исследования явилось изучение ассоциаций ряда геномных биомаркеров с тяжестью течения инфекции, вызванной SARS-CoV-2, у пациентов с сердечно-сосудистой патологией.

Материалы и методы. Ретроспективно оценено клиническое течение инфекции, вызванной SARS-CoV-2 у 164 пациентов, из которых 90 (54,9%) были мужчины, а 74 (45,1%) женщины. Возраст пациентов составил 67 (57-74) лет. Частота артериальной гипертензии составила 164 наблюдения (100%), ишемической болезни сердца – 84 (51%). Были сформированы 2 группы пациентов с нетяжелым (53, 32%) и тяжелым (111, 68%) течением заболевания, которые были однородны по гендерно-возрастным и соматическим характеристикам. Изучались взаимосвязи тяжести течения инфекции, вызванной SARS-CoV-2, с однонуклеотид-

ными полиморфизмами генов цитокинового шторма (IL-10), ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (варианты полиморфизма гена ангиотензинпревращающего фермента), результатами генотипирования врожденного иммунитета (человеческих лейкоцитарных антигенов второго класса – HLA-DRB 1). Расчеты проводились в статистическом пакете R, версия 4.3.1. Во всех случаях проверки гипотез различие признавалось статистически значимым при $p < 0,05$.

Результаты. Установлено, что у пациентов с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией достоверными различиями в группах нетяжелого и тяжелого течения инфекции, вызванной SARS-CoV-2, являлось распределение полиморфизмов гена ACE (rs4646994), HLA-DRB 1 и IL-10 (rs1800896). Так, пациенты, перенесшие инфекцию в тяжелой форме, были носителями полиморфизма DD гена ACE значимо чаще (46,4% против 7,7%, $p=0,004$), аллеля *11 гена HLA-DRB 1 (33,3% против 13,5%, $p=0,015$) и GG гена IL-10 (rs1800896) (31,6% против 15,8%, $p=0,041$).

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод, что полиморфизмы генов, ассоциированные с высокой экспрессией ангиотензин-превращающего фермента (DD), IL-10 (GG) и носительство аллеля *11 HLA-DRB 1 связаны с высоким риском тяжелого течения инфекции, вызванной SARS-CoV-2 у пациентов с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией.

АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ АССОЦИАЦИЙ ГЕНОМНЫХ БИОМАРКЕРОВ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ SARS-COV-2, У ЛИЦ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Тюрюпов М.С., Савинцев Н.Л.,
Однокол П.О., Ливарский П.А.

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

Актуальность и цель. Пациенты с сердечно-сосудистой патологией уже традиционно являются группой риска высокой летальности при инфекции, вызванной SARS-CoV-2. Однако, внутри этой соматически отягощенной группы заболевание может протекать достаточно разнообразно: от легких форм ОРЗ до тяжелой пневмонии с летальным исходом. Ряд исследователей показал связь такой полиморфности клинического течения инфекции, вызванной SARS-CoV-2, с различными однонуклеотидными полиморфизмами.

Цель исследования. Изучение основных ассоциаций геномных биомаркеров с летальным исходом в

остром периоде инфекции, вызванной SARS-CoV-2, у пациентов с сердечно-сосудистой патологией.

Методы и материал. В рамках исследования ретроспективно оценены исходы инфекции, вызванной SARS-CoV-2, у 164 пациентов. Гендерно-возрастные характеристики их были следующие: 90 (54,9%) мужчины, 74 (45,1%) женщины, возраст составил 67 (57-74) лет. Что касается сопутствующей патологии, то все пациенты (100%) страдали артериальной гипертензией, а 84 (51%) – ишемической болезнью сердца. В зависимости от исхода было сформировано 2 группы: умершие в остром периоде инфекции, вызванной SARS-CoV-2 – 92 пациента (56%), выжившие после инфекции, вызванной SARS-CoV-2 – 72 пациента (44%). Обе группы были однородны по половозрастным характеристикам и сопутствующей патологии. Изучались корреляции исхода заболевания с результатами генотипирования человеческого лейкоцитарного антигена второго класса (HLA-DRB 1), однонуклеотидными полиморфизмом ангиотензинпревращающего фермента. Расчеты проводились в статистическом пакете R, версия 4.3.1. Во всех случаях проверки гипотез различие признавалось статистически значимым при $p < 0,05$.

Результаты. В группе пациентов, погибших в остром периоде инфекции, вызванной SARS-CoV-2, значимо чаще встречался вариант DD полиморфизма гена ACE (rs4646994) (60% против 15,4%). Носители аллеля *8 HLA-DRB 1 встречались также чаще в группе погибших пациентов (18,8% против 4,8%), эти различия стремятся к статистической значимости, $p=0,09$.

Выводы. На основании проведенного исследования можно сделать вывод, что геномный биомаркер, ассоциированный с повышенной экспрессией ангиотензинпревращающего фермента, может являться предиктором неблагоприятного исхода инфекции, вызванной SARS-CoV-2, у пациентов с сердечно-сосудистой патологией.

ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ ОСНОВНЫХ ГЕНОМНЫХ БИОМАРКЕРОВ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Тюрюпов М.С., Нуязин В.К.,
Мендалин Т.К., Миккульский А.С.

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

Актуальность и цель. Риск развития инфаркта миокарда у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) традиционно ассоциирован с неконтролируемой

артериальной гипертензией, сопутствующим сахарным диабетом, дислипидемией, ожирением и прочими соматическими особенностями. Однако не всегда в полной мере возможно объяснить развитие этого осложнения лишь коморбидностью. В настоящее время выделяют генетические предикторы риска развития инфаркта миокарда.

Цель исследования. Оценка особенностей основных липидных и нелипидных геномных биомаркеров у пациентов со стабильным течением ишемической болезни сердца и перенесших инфаркт миокарда.

Методы и материал. В исследование включены 84 пациента с ишемической болезнью сердца, из которых 38 (45%) были мужчинами, 46 (55%) были женщинами. Возраст составил 70 (60-80) лет. Были сформированы 2 группы: имеющие в анамнезе инфаркт миокарда (34 пациента, 40%), со стабильным течением ИБС (50 пациентов, 60%). Изучалась связь инфаркта миокарда с однонуклеотидными полиморфизмами генов: провоспалительных цитокинов - IL-6 (rs1800795), системы гемостаза – ингибитора активатора плазминогена 1 типа (SERPINE 1), метаболизма липидов – липопротеинлипазы (rs 328). Расчеты проводились в статистическом пакете R, версия 4.3.1. Во всех случаях проверки гипотез различие признавалось статистически значимым при $p < 0,05$.

Результаты. Установлено, что у пациентов с ишемической болезнью сердца достоверными различиями в группах, перенесших инфаркт миокарда и имеющих стабильное течение заболевания, обладали полиморфизмы генов IL-6, ингибитора активатора плазминогена 1 типа и липопротеинлипазы. Так, пациенты, перенесшие инфаркт миокарда, были носителями полиморфизма GG IL-6 значимо чаще (40% против 20,6%, $p=0,009$), 4G4G SERPINE1 (66,7% против 20,7%, $p=0,027$), CC LPL (100% против 80%, $p=0,015$).

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод, что полиморфизмы генов, связанные с повышенной экспрессией IL-6, ингибитора активатора плазминогена 1 типа и пониженной экспрессией липопротеинлипазы, ассоциированы с высоким риском развития инфаркта миокарда у пациентов с ишемической болезнью сердца.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ КАРОЛИ

Убушеева Р.Г., Абрамова А.Н.
Иркутский государственный
медицинский университет,
г. Иркутск

Введение. Болезнь Кароли (БК) – редкое врожденное заболевание печени, характеризующееся расширением внутрипеченочных желчных протоков, которое

может затрагивать сегмент, долю или всю печень. В настоящее время БК включена в группу V классификации кистозных заболеваний желчевыводящих путей Тодани и была впервые описана французским гастроэнтерологом Дж. Кароли в 1958 году. Описаны два типа БК: I тип и II тип. I тип БК ограничивается кистозным расширением внутрипеченочных протоков, в то время как II тип связан с врожденным фиброзом печени, циррозом печени, портальной гипертензией, варикозным расширением вен пищевода, которые в совокупности описываются как синдром Кароли (СК). Частота БК чрезвычайно низка и составляет один случай на 1 000 000 человек. При СК частота выше – 1 на 100 000.

БК не имеет специфических симптомов или клинических проявлений. Поэтому диагноз обычно основывается на данных магнитно-резонансной томографии (МРТ), компьютерной томографии (КТ) и ультразвукового исследования (УЗИ). Представлен клинический случай БК 2 типа 27-летней женщины.

Цель исследования. Продемонстрировать клинический случай редкого врожденного заболевания печени – болезни Кароли.

Материалы и методы. Больная А., 27 лет. В возрасте 2 лет, отмечалось повышение температуры тела. При обследовании на УЗИ органов брюшной полости: увеличение печени и селезенки. Наблюдалась с диагнозом: хронический гепатит. В 1995 г. на УЗИ выявлена многокамерная киста печени. Проведено оперативное удаление кисты правой доли печени. В 1997 г. диагностирован цирроз печени, расширение вен пищевода 2 степени.

При обследовании в сентябре 2009 г. На УЗИ: Гепатоспленомегалия. Портальная билиарная внутрипузырная гипертензия. Хронический калькулезный холецистит. Признаки портальной гипертензии. МСКТ: билиарная гипертензия. Билиарные кисты правой доли печени. Спленомегалия. ЭРХПГ: аномалия развития желчевыводящих путей – кистозное расширение внутрипеченочных протоков в нижних отделах правой доли. Холангиоэктазия. В анализе крови: эритроциты – $3,8 \cdot 10^{12}/л$; Hb – 99 г/л; СОЭ – 19 мм/ч. лейкоциты – $3,8 \cdot 10^9$ тыс, тромбоциты – $69 \cdot 10^9$. В биохимическом анализе крови: билирубин общий – 39 ммоль/л, прямой – 6,85 ммоль/л, непрямой – 32,15 ммоль/л, общий белок 73 г/л, АЛТ – 43 МЕ/л, АСТ – 77 МЕ/л, амилаза – 72 ммоль/л, щелочная фосфатаза – 321, ГГТП – 71 МЕ/л.

Заключительный диагноз был установлен лишь в 27-летнем возрасте, после очередной госпитализации: Болезнь Кароли. Врожденные кисты внутрипеченочных желчных протоков, 5 тип по Тодани. Вторичный билиарный цирроз печени, класс В по Чайлд-Пью. Портальная гипертензия. Спленомегалия, варикозное расширение вен пищевода 2 стадии. Синдром гиперспленизма. Хронический калькулезный холецистит в фазе обострения. Был проведен консилиум, на котором было решено направить больную в ФГБНУ РНЦХ имени Б.В. Петровского для проведения трансплантации печени.

Результаты и обсуждение. У пациентки, несмотря на наличие данных для диагностики болезни Кароли уже в детском и подростковом возрасте, диагноз был установлен лишь в 27-летнем возрасте.

Выводы. Таким образом, БК можно считать «орфанными» заболеваниями, возникающее в сочетании с другими фиброзно-поликистозными поражениями. Необходимо дифференцировать его от циррозов печени различной этиологии, а также других заболеваний печени, сопровождающихся портальной гипертензией. Ранняя диагностика заболевания и дифференциация I и II типов БК имеют чрезвычайно важное значение для предотвращения осложнений, улучшения качества и увеличения продолжительности жизни пациентов, страдающих этим редким заболеванием.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ВСЛЕДСТВИЕ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Улюкин И.М.

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

Цель исследования. Анализ вопросов особенностей поражения головного мозга вследствие инфекции COVID-19.

Материалы и методы. Обзор литературы по вопросам поражения головного мозга вследствие инфекции COVID-19 у пораженных этим заболеванием, содержащейся в открытых отечественных и зарубежных базах данных, с целью улучшения медико-психологического сопровождения больных и сохранения эпидемиологического благополучия населения.

Результаты и обсуждение. Известно, что когда социальные, биологические и экономические факторы развития человеческого общества совпадают, а инфекционные заболевания, распространяясь, достигают уровня пандемии – это потрясает основы общества, переворачивая ход истории и мировоззрение, образ мышления и психологическое здоровье человечества («Афинская чума», «Черная смерть», «Испанка»). Так, в последние годы вследствие пандемии COVID-19 – инфекции интерес к предполагаемой этиологической роли вирусов значительно усилился, охватив не только органические психические расстройства, вызванные острым вирусным энцефалитом и медленными вирусными инфекциями центральной нервной системы (ЦНС), но также и функциональные психические состояния (психоз, депрессия, биполярное расстройство / БР). Стало общепризнанным, что сочетание системной инфекции, вирусного нейротропизма и экологического стресса вызывает у пораженных развитие психической патологии, которая усугубляют течение пандемии и представляют собой серьезную медико-социальную

проблему. Разными авторами показано, что вирусная SARS-CoV-2-инвазия не ограничивается дыхательным и желудочно-кишечным трактами, но поражает и другие органы и ткани, включая сердце, почки, ЦНС, эндотелий сосудов (а нейротропизм вируса был хорошо документирован для вспышек коронавирусов, имевших место ранее, включая SARS-CoV-1, MERS-CoV, вирус HEV 67N гемагглютинирующего энцефаломелита свиней); при этом вирусное поражение головного мозга (ГМ) может иметь множество неврологических и психиатрических последствий, способствуя развитию острой фазы болезни и ее потенциальных последствий. Считается, что участки ЦНС, слабо защищенные гематоэнцефалическим барьером (ГЭБ) уязвимы при многих видах патологии (различные типы системного воспаления, включая сепсис-ассоциированную энцефалопатию, нейроинфекция бактериями, вирусами, паразитами, стресс и аутоиммунный энцефалит). В контексте инфекции COVID-19 повреждение ГЭБ, опосредованное значительным увеличением циркулирующих провоспалительных факторов, позволяет воспалительному шторму охватить ЦНС, что приводит к функциональному повреждению (попадая в ГМ, периферические воспалительные молекулы, а также воспалительные клетки провоцируют нейровоспаление, тем самым нарушая гомеостаз, изменяя нейронные сети и вызывая гибель нейронов. На начальных этапах системного воспаления противовирусный иммунитет еще может эффективно сдерживать распространение вируса, поскольку реактивность нейроглии и приток исследуемых Т-клеток могут удалять инфекционные элементы, предотвращая распространение без дальнейшего повреждения тканей. При тяжелой форме COVID-19 значительное высвобождение хемокинов и интерлейкинов, связанное с системным воспалением и выраженной лимфопенией, способствует более высокому и более длительному сохранению вирусной нагрузки; следовательно, недостаточный клиренс вируса вместе с реактивным глиозом увеличивает нейровоспаление; кроме того, системное воспаление является одной из основных причин приобретенной эпилепсии и встречающегося у таких больных обсессивно-компульсивного расстройства. Системный и тканевой иммунный ответ вносит вклад в патофизиологию множества нервно-психических заболеваний посредством изменения нейрхимической среды, синаптической передачи и пластичности, синтеза и секреции нейротрофических факторов, нейрогенеза и коннектома мозга. В этом контексте большое депрессивное расстройство является одним из наиболее частых нервно-психических расстройств, связанных с воспалительным повреждением головного мозга (тем более, что системная инфекция сама по себе может вызвать большую депрессию у пожилых пациентов из-за возрастного снижения иммунного гомеостаза). Нарушение баланса между провоспалительными (IL-6 и TNF- α) и противовоспалительными цитокинами в ЦНС и плазме крови неоднократно наблюдалось у пациентов с БР, что подтверждает мнение

о том, что нейроиммунный ответ может быть важен в плане способствования этиопатогенезу этого расстройства. Есть данные о прямой корреляции между системными инфекциями, нейровоспалением и когнитивными расстройствами (делирий, болезнь Альцгеймера). Посттравматическое стрессовое расстройство может быть вероятным исходом для больных инфекцией COVID-19, оно обусловлено не только серьезностью системного воспаления (увеличение провоспалительных молекул у субъектов с этим расстройством, включая IL-6, TNF- α , IL-1 β) и вирусной инвазии в ГМ, но и серьезностью стресса, вызванного неожиданной пандемией. Важен и тот факт, что «социальное дистанцирование», одиночество, которые люди испытывают во время пандемии, способствуют возникновению психотических эпизодов. Отмечено, что уровни IL-6 в крови также коррелировали с суицидным эндофенотипическим поведением (расстройства личностных черт, агрессивность и импульсивность).

Выводы. Таким образом, необходимо особое внимание к психиатрическим аспектам инфекции COVID-19, поскольку сведение к минимуму их значимости путем утверждения, что «ненормальная реакция на ненормальную ситуацию является нормальным поведением», может быть непростительной ошибкой, существенно повлияв на сохранение эпидемиологического благополучия населения.

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Уракова З.У., Мухаммадиева С.М.,
Эгамова Ш.Ф., Мамасиддикова С.Б.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить влияния метаболического синдрома на течение заболевания ревматоидного артрита и формирование сердечно-сосудистого риска.

Материал и методы. Исследование проводилось в ревматологическом отделении многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Была проведена клиническая оценка 84 пациента с достоверным диагнозом ревматоидного артрита, средний возраст которых составлял $56 \pm 12,4$ лет. В зависимости от наличия метаболического синдрома, пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа – лица с метаболическим синдромом (50 человек, 59,5%) и 2-я – лица без метаболического синдрома (34 пациента, 40,5%). А также всем пациентам определяли уровень ревматоидного фактора (РФ), С-реактивного белка (СРБ), уровень скорости оседания эритроцитов (СОЭ) и измеряли артериальное давление (АД). Рассчитывали активность забо-

левание с помощью DAS28-СОЭ. Полученные данные обрабатывались с помощью программы STATISTICA 10. Различия показателей считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В 1-й группе активность ревматоидного артрита была выше (индекс DAS-28 составил $5,49 \pm 0,9$), чем во 2-й группе (индекс DAS-28 составил $5,10 \pm 0,85$) ($p = 0,02$). При наличии метаболического синдрома, верифицированная артериальная гипертензия встречалась в 3,5 раз чаще. Гипертрофия миокарда левого желудочка встречалась в 1,5 раза чаще у пациентов в группе с метаболическим синдромом (33,6%), причем она отмечалась как в совокупности с артериальной гипертензией, так и без нее. В 1-й группе гипертрофия миокарда левого желудочка, не связанная с артериальной гипертензией, была обнаружена у 7 человек (8,33%). Во 2-й группе гипертрофия миокарда у всех пациентов ассоциировалась с артериальной гипертензией.

Выводы. У больных с ревматоидным артритом наличие метаболического синдрома ассоциируется с более высокой активностью заболевания. Это способствует повышению сердечно-сосудистого риска, характеризующегося более высокой частотой встречаемости артериальной гипертензии (в 3,5 раза), повышением уровня общего холестерина и увеличением массы миокарда левого желудочка. У пациентов с сочетанием ревматоидного артрита и метаболического синдрома гипертрофия миокарда выявлялась даже в отсутствие артериальной гипертензии, что показывает необходимость проведения эхокардиографии для таких пациентов.

АКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТОВ НАЧАЛЬНОЙ И ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЙ СТАДИЙ ГИДРОЛИЗА И ТРАНСПОРТА УГЛЕВОДОВ У БОЛЬНЫХ С ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ И ЕЕ РАЗЛИЧНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ, А ТАКЖЕ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

Усманов М.М., Ахмедова Н.А.,
Валижонов А.Ф., Адизов С.Р.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Несмотря на локализацию язвенного процесса или наличие болезни оперированного желудка, в наблюдаемом симптомокомплексе у многих больных с дуоденальной язвой выделяется энтеральный синдром, отражающий поражение тонкой кишки и развитие вырванных пищеварительно-транспортных расстройств.

Однако эти нарушения до настоящего времени остаются без должного внимания, в лучшем случае они расцениваются как особенности симптоматики язвенной болезни или же болезни оперированного желудка.

Цель. Методом углеводных нагрузок с последующим определением уровня гликемии, одновременно изучить активности ферментов начальной и заключительной стадий гидролиза и транспорта углеводов у больных с дуоденальной язвой и ее различными осложнениями, а также после различных способов резекции желудка.

Материал и методы исследования. Методом углеводных нагрузок с последующим определением прироста уровня гликемии, нами проведено исследование состояния кишечного пищеварения (полостное, мембранное пищеварение и всасывание) у 27 больных с неосложненной дуоденальной язвой (возраст больных – 20-60 лет; 17 мужчин и 10 женщин), у 123 больных с различными видами осложнения (возраст больных от 20 до 80 лет, 96 мужчин и 27 женщин): 45 – с кровотечением (15 – легкой, 16 – средней и 14 – тяжелой степени), 40 – со стенозом (компенсированный – 37, субкомпенсированный – 69 и декомпенсированный – 16), 38 – с перфорацией язвы (у 13 больных был местный перитонит, у 15 – диффузный, у 10 – разлитой), у 91 больных в динамике после различных способов РЖ (возраст больных 20-80 лет, 61 мужчин и 30 женщин): 30 – РЖ по Б-I, 31 – РЖ по Б-II, 30 – модифицированный способ резекции желудка (МСРЖ) по Б-II. Примечание: с целью повышения эффективности операции РЖ по способу Б-II в нашей клинике модифицированы некоторые этапы этого способа. Суть МСРЖ по Б-II заключается в том, что после обработки культи двенадцатиперстной кишки (ДПК) и культи желудка, последняя низводится через окно, образованное в мезоколон. Далее накладывается гастроэнтероанастомоз на ультракороткой петле в косопоперечном или в поперечном направлении.

Результаты и обсуждения. В результате исследований получены новые данные о механизмах нарушения кишечного пищеварения, обусловленное нарушением физиологического взаимоотношения различных звеньев ПТК. Установлено, что тяжесть нарушения кишечного пищеварения зависит от типа и степени осложнения ДЯ, способов РЖ. В отдельных случаях (не осложненная ДЯ, осложненная кровотечением легкой степени, компенсированным стенозом и перфорацией язвы, с местным перитонитом) селективно поражается то или иное звено ПТК. В то же время ДЯ, осложненная кровотечением тяжелой степени, декомпенсированным стенозом и перфорацией язвы, с разлитым перитонитом сопровождаются одновременным поражением полостного, мембранного пищеварения и всасывания углеводов.

Установлено не однонаправленная степень восстановления функции и компенсации каждого звена ПТК в динамике после различных способов РЖ. По степени восстановления функции и физиологического взаимоотношения между полостного, мембранного

пищеварения и всасывания адекватным способом является РЖ по Б-I. Показано преимущество МСРЖ по Б-II по сравнению с традиционным способом РЖ (по Гофмейстеру-Финстереру) по Б-II: его применение позволяет устранить функциональную атрофию ДПК за счет активного включения ее в процесс пищеварения, в связи с чем физиологическая этапность ПТК при этой операции сохраняется.

Вывод. На основании наших исследований можно заключить, что в деле прогнозирования и профилактики неудовлетворительных результатов хирургического лечения ДЯ обусловленное нарушением кишечного пищеварения и всасывания, необходимо учитывать функциональное состояние всех звеньев ПТК. Именно такой подход даст по нашему мнению наиболее эффективный результат в выборе адекватного способа оперативного вмешательства и рациональном составлении поли-, олиго- и мономерных компонентов пищи (углеводов) при диетотерапии этих групп больных.

ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Фатенко А.С.

Богородицкая центральная районная больница,
г. Тула

Актуальность. Реабилитация больных после инфаркта миокарда с хроническими заболеваниями суставов обусловлена минимизацией медикаментозного воздействия с акцентом на нефармакологические мероприятия, такие как, индивидуально подобранная ЛФК, локальные методы терапии.

Цель исследования. Сравнить результаты восстановительной терапии у пациентов, получавших (основная группа) и не получавших (контрольная группа) лечение остеоартрита (ОА) коленных суставов на этапе постинфарктной реабилитации. Выделить факторы снижающие эффективность постинфарктной реабилитации у больных с ОА суставов нижних конечностей.

Материалы и методы. Основная группа – 20 человек, 14 мужчин (70%) и 6 женщин (30%), средний возраст 64,5 года и контрольная группа – 20 человек, 14 мужчин (70%) и 6 женщин (30%), средний возраст – 62,4 года. Группы были сопоставимы по тяжести инфаркта миокарда. Пациенты основной группы получали терапию SYSADOA и локальную инъекционную терапию препаратами гиалуроновой кислоты, полинуклеотидов и тропоколлагенов. Контрольная группа – самостоятельное ситуационное применение НПВС и отказ от других видов лечения.

Результаты и обсуждение. При сравнении липидного профиля в основной группе достижение целе-

вых значений через 8 недель терапии зафиксировано у 70% пациентов, в то время как в контрольной группе 45%. При анализе данных ХолтерЭЖГ в основной группе через 8 недель улучшение результатов отмечалось у 35% больных, в контрольной группе снижение изменений на 10%. При проведении ВЭМ в основной группе ишемические изменения зафиксированы в меньшей степени, через 8 недель на 15% отмечено снижение числа больных, в то время как в контрольной группе через 8 недель на 5% уменьшилось число ишемических событий по данным ВЭМ.

Выводы. Больным в послеинфарктном периоде с ОА коленных суставов требуется проведение одномоментной реабилитации. Терапия ОА приводит к увеличению восстановительного потенциала после инфаркта миокарда за счет устранения болевого синдрома и обеспечения адекватной двигательной активности. Основные проблемы реабилитации больных с остеоартритом после инфаркта миокарда заключаются в недостаточной вовлеченности пациентов в программы реабилитации и образовательные школы, негативное влияние НПВС.

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА BSMI ГЕНА VDR С ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ

Федуличев П.Н.

Симферопольская клиническая больница
скорой медицинской помощи №6,
г. Симферополь

Остеоартрит (ОА) является полифакторным прогрессирующим заболеванием суставов, основными проявлениями которого являются боль, отек, скованность и нарушение функции суставов. Заболевание чрезвычайно распространено. Эпидемиологические исследования в различных регионах России свидетельствуют о том, что ОА страдают около 15 млн россиян, а в пенсионном возрасте распространенность патологии достигает 33,2%. Перечень факторов риска заболевания достаточно широкий. К ним относятся старший возраст, женский пол, повышенный индекс массы тела, ожирение, высокий рост, травмы суставов, слабость мышц, дисплазия суставов и т.д. Известно также, что ОА имеет наследственно-обусловленный характер, а генетический фактор является одним из важнейших не модифицируемых факторов риска данного заболевания.

Цель исследования. Изучить ассоциации полиморфизма rs1544410 (BsmI) гена рецептора витамина D (VDR) с остеоартритом коленных суставов у женщин

постменопаузального возраста с различным состоянием костной ткани.

Материалы и методы. Было обследовано 483 женщины в постменопаузальном периоде. У 169 из них был подтвержден диагноз остеоартрита коленных суставов. Для оценки состояния скелета женщинам выполнялась остеоденситометрия методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии. Молекулярно-генетическое исследование включало определение полиморфизма rs1544410 (BsmI) гена VDR. Ассоциации полиморфизма rs1544410 с ОА изучались в трех группах женщин – у здоровых лиц (n=116), у пациентов с остеопенией (n=219) и остеопорозом (n=148).

Результаты и обсуждение. Ассоциация ОА коленных суставов с генотипом GG полиморфизма rs1544410 проявилась не во всех подгруппах женщин, выделенных по состоянию костной ткани. Связь полиморфизма rs1544410 с заболеванием не проявилась среди женщин, имеющих остеопороз (p=0,361), но подтвердилась у лиц с нормальной минеральной плотностью костной ткани (p=0,021) и у пациентов с остеопенией (p=0,028). Наличие ОА коленных суставов у лиц с нормальными показателями остеоденситометрии сочеталось с повышенной регистрацией генотипа GG – в 53,7% случаев против 32,2% в контроле (p=0,032). Также повышенная выявляемость генотипа GG была характерна и для женщин, имеющих ОА и остеопению (в 46,8% случаев против 28,0% в контроле; p=0,002).

Выводы. Ассоциация генотипа GG полиморфизма rs1544410 с остеоартритом свойственна пациентам, имеющим нормальные показатели остеоденситометрии (p=0,021) или остеопению (p=0,028), но не характерна для больных остеопорозом (p>0,05). Полученные результаты могут быть использованы в разработке критериев персонализированного подхода в прогнозировании развития остеоартрита коленных суставов у женщин постменопаузального возраста.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕВОДРОПРОПИЗИНА В ТЕРАПИИ СУХОГО КАШЛЯ

Фейгельман С.Н., Овсянников Е.С.

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

Цель исследования. Оценить эффективность применения леводропропизина в терапии сухого кашля.

Материалы и методы. Основную группу составили 100 пациентов возрастом от 18 до 75 лет с активными жалобами на сухой кашель после перенесенного ОРВИ, согласившихся на проведение исследования. В

группу сравнения вошло 34 пациента с такими же жалобами, но отказавшихся от терапии, либо имеющих противопоказания к применению леводропропизина. Основными противопоказаниями являются: повышенная чувствительность к препарату, беременность, лактация, возраст до 2 лет, продуктивный кашель.

Первой группе был назначен периферический противокашлевой препарат леводропропизин по 10 мл перорально 3 раза в день с промежутками не менее 6 часов в течение 7 дней. Испытуемые трижды посещали лечащего врача – на 1-й, 4-й и 8-й день исследования. Перед началом терапии и на каждом визите оценивалась интенсивность дневного и ночного кашля по 6-балльной шкале, интенсивность кашля по визуальной-аналоговой шкале (ВАШ), а также наличие побочных эффектов (возникновение новых жалоб, изменения объективного статуса и т.д.).

В 6-балльной шкале количество баллов означало следующие степени интенсивности дневного кашля: 0 баллов – отсутствие кашля; 1 балл – единичный кашель; 2 балла – редкий кашель; 3 балла – частый кашель, не мешающий повседневной деятельности; 4 балла – частый кашель, мешающий повседневной деятельности; 5 баллов – сильный кашель, делающим невозможным выполнение повседневной деятельности. В отношении ночного кашля были следующие степени интенсивности: 0 баллов – отсутствие кашля; 1 балл – кашель, не нарушающий сон; 2 балла – нарушение сна из-за кашля 2 или менее раз за ночь; 3 балла – нарушение сна из-за кашля более 2 раз за ночь; 4 балла – частый кашель, мешающий уснуть; 5 баллов – невозможность уснуть из-за постоянного кашля. ВАШ – это шкала длиной 10 см, где отмечалась интенсивность кашля от 1 до 10, где каждый балл соответствовал 1 см. Чем больше было расстояние от 0 до отметки, тем тяжелее пациент переносил кашель. Испытуемые отмечали значения по вышеуказанным шкалам в заранее выданных дневниках.

Результаты и обсуждение. Было выявлено достоверное снижение интенсивности кашля в ночное и дневное время по 6-балльной шкале, а также по шкале ВАШ в основной группе испытуемых. В группе сравнения была некая тенденция к снижению выраженности кашлевого синдрома, однако статистически значимых различий выявлено не было.

На 4-м визите интенсивность дневного кашля в основной группе достоверно снизилась. Полного разрешения дневного кашля не было, количество оценок в 1 балл увеличилось с 13% до 22%, в 2 балла – с 27% до 50%. Количество оценок в 3 балла, наоборот, снизилось с 50% до 28%, в 4 балла – с 10% до 0%. Полное разрешение ночного кашля отмечалось у 54%. Также снизилось количество пациентов, оценивающих интенсивность ночного кашля в 2 и 3 балла – с 27% до 10% и с 5 до 0% соответственно.

Полное разрешение дневного кашля в основной группе к 8 дню было у 37% пациентов, ночного – у 92% пациентов. В основной группе интенсивность дневного кашля в 1 балл оценили 35%, в 2 балла – 27% и в

3 балла – всего 1%. В группе сравнения разрешение и дневного, и ночного кашля на 8-й день было всего у 4% пациентов, что можно объяснить естественной инволюцией данного симптома, связанной с терапией основного заболевания и саногенезом. Важно отметить, что ни у одного испытуемого не наблюдалось нежелательных побочных реакций.

Выводы. Длительный сухой кашель является актуальной медицинской проблемой, так как он является патологическим и не выполняет в полной мере свою защитную функцию. Более того, он провоцирует развитие опасных осложнений. Терапия сухого кашля осуществляется при помощи противокашлевых препаратов. Они противопоказаны пациентам с продуктивным кашлем, так как ухудшают выведение мокроты и способствуют ее застою. Из противокашлевых средств стоит отдавать предпочтение центральным ненаркотическим (глауцин, бутамират) и периферическим (преноксдиазин, леводропропизин), что связано с их эффективностью и относительной безопасностью. Леводропропизин является представителем периферических противокашлевых средств. Его механизм действия связан с подавлением высвобождения гистамина и нейропептидов внутри С-волокон, а также неким бронхолитическим действием. Данный препарат можно считать достаточно эффективным и безопасным, исходя из результатов исследования.

РОЛЬ ПРОТИВОКАШЛЕВЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ СУХОГО КАШЛЯ У БОЛЬНЫХ COVID-19

Фейгельман С.Н., Овсянников Е.С.

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

Кашель относится к безусловным защитным рефлексам, замыкающимся на уровне продолговатого мозга. Он обеспечивает очищение дыхательных путей от пыли, инородных тел, слизи, бактерий и т.д. К сожалению, довольно часто он перестает выполнять свою защитную функцию, становясь патологическим, особенно при COVID-19. Частота встречаемости сухого кашля в клинической картине COVID-19 составляет 58,1%.

Цель исследования. Оценка клинической эффективности противокашлевой терапии у амбулаторных пациентов с подтвержденным COVID-19.

Материалы и методы. Основными критериями включения в исследование являлись: подтвержденный ОТ-ПЦР COVID-19, легкое и среднетяжелое течение заболевания, возраст от 20 до 70 лет, наличие непродуктивного кашля, отсутствие изменений легочной паренхимы на КТ органов грудной клетки. Основную

группу составили 98 пациентов, согласившихся на противокашлевую терапию. Группу сравнения составили 29 пациентов, добровольно отказавшихся от противокашлевой терапии или имевших противопоказания к применению препарата. В качестве противокашлевого средства был выбран леводропропизин (Левопронт, Dompe Farmaceutici, S.p.A., Италия), оказывающий свое действие в отношении периферических кашлевых рецепторов, а именно подавление афферентного компонента кашлевого рефлекса.

Основной группе был назначен Левопронт в форме сиропа. Назначение препарата осуществлялось строго по инструкции, по 10 мл 3 раза в день внутрь с промежутками между приемом не менее 6 часов.

Наблюдение за испытуемыми осуществлялось в течение 8 дней и предполагало 3 визита к участковому терапевту. На каждом визите врач осуществлял измерение температуры тела, а также проверял отметки пациента на 6-балльной шкале оценки интенсивности дневного и ночного кашля в заранее выданном дневнике. Испытуемый должен был оценить тяжесть своего кашля по шкале от 0 до 5, где 0 означал полное отсутствие кашля, а 5 – постоянный кашель, не позволяющий заниматься повседневными делами. Обязательно оценивались параметры ЧДД, SpO₂, ЧСС, САД, ДАД.

Результаты и обсуждение. В основной группе, принимавшей Левопронт, было достоверное снижение выраженности кашля, в отличие от группы сравнения. По параметрам ЧДД, SpO₂, ЧСС, САД, ДАД у обеих групп не было выявлено статистически значимых различий. Однако, было отмечено достоверное снижение температуры тела до нормальных значений у всех пациентов к 8-му дню.

Полное разрешение дневного кашля наблюдалось только на 8-й день исследования: у основной группы – 41%, в группе сравнения – 6%. Полное разрешение ночного кашля на 4-й день отмечалось только у 58% пациентов основной группы, в группе сравнения данный показатель соответствовал 0%. На 8-й день ночной кашель перестал беспокоить почти всех пациентов основной группы, а именно 94%, в то время как в группе сравнения данный показатель составил всего 6%.

Учитывая вышеизложенные данные, противокашлевая терапия значительно ускоряет инволюцию кашля у больных COVID-19.

Выводы. Больные COVID-19 очень часто обращаются к врачам первичного звена с жалобами на длительный непродуктивный кашель, являющийся одним из основных симптомов данного заболевания. Кашель доставляет не только значительный физический дискомфорт, но и социальный, так как окружающие воспринимают кашляющего человека как «заразного», способного передать инфекцию воздушно-капельным путем, и начинают сторониться. Именно поэтому необходимо осуществлять терапию непродуктивного кашля, и препаратами выбора являются периферические

противокашлевые средства, обладающие выраженной эффективностью и безопасностью. Одним из представителей данной группы является леводропропизин (Левопронт), применявшийся в исследовании.

СПЕКТРАЛЬНАЯ ТУССОФОНОБАРОГРАФИЯ: ПАТТЕРНЫ КАШЛЯ У БОЛЬНЫХ COVID-19

Фейгельман С.Н., Овсянников Е.С.
Воронежский государственный медицинский
университет им. Н.Н.Бурденко,
г. Воронеж

В настоящее время все больше изучаются особенности звуков кашля при различных нозологиях, в том числе при новой коронавирусной инфекции COVID-19, унесшей миллионы жизней во время пандемии 2019-2022 гг.

Цель исследования. Выявить отличительные особенности спектральных характеристик звуков кашля при COVID-19, используя метод спектральной туссофонобарографии (СТФБГ).

Материалы и методы. В основную группу было включено 218 записей звуков кашля пациентов с подтвержденным ОТ-ПЦР COVID-19 среднетяжелого течения и повреждением легочной паренхимы менее 25% по данным КТ органов грудной клетки. В группе сравнения было 60 записей здоровых лиц с отрицательным ПЦР-тестом на SARS-CoV-2. Важным критерием включения в исследование считалось отсутствие у испытуемых сопутствующей респираторной патологии, что оценивалось по данным анамнеза, медицинской документации и рутинных исследований.

Спектральный анализ проводился при помощи метода спектральной туссофонобарографии (СТФБГ), при котором предварительно обученный пациент кашлял в микрофон, расположенный на расстоянии 15-20 см от лица испытуемого (регулировка осуществлялась при помощи кронштейна), после чего полученные записи подвергались цифровой обработке в компьютерной программе Sound Forge 15 (MAGIX Software GmbH, Германия). Каждый кашлевой акт был разделен на 3 фазы, соответствующие кашлевому маневру, - инспираторная, компрессионная, экспираторная. Далее записи подвергались быстрому преобразованию Фурье. В результате были получены следующие спектральные характеристики звука: продолжительность, отношение энергии низких и средних частот к энергии высоких частот, частота максимальной энергии звука. Данные параметры оценивались не только у кашлевого акта в целом, но и у каждой фазы по отдельности. Важно отметить, что у основной группы записывался

спонтанный кашель, а в группе сравнения кашель провоцировался ингаляцией паров лимонной кислоты в концентрации 20 г/л через небулайзер.

Полученные выборки сравнивались между собой при помощи методов непараметрической статистики, а именно рангового критерия U-теста Манна–Уитни, так как распределение не соответствовало нормальному. Различия считались статистически достоверными, если значение показателя p было менее 0,05.

Результаты и обсуждение. Было выявлено, что кашель больных COVID-19 отличается меньшей продолжительностью и преобладанием более высоких частот по сравнению с индуцированным кашлем здоровых лиц. Обоснование данного феномена с точки зрения патанатомических и патофизиологических механизмов требует дальнейшего изучения. Однако, ранее нами было обнаружено, что высокая частота звука кашля характерна для астматического кашля, поэтому, возможно, при COVID-19 имеется бронхообструктивный компонент, но данный вопрос все равно требует уточнения. В дальнейшем планируется сравнить звуки кашля COVID-19 со звуками кашля больных БА и ХОБЛ.

Спектральный анализ звуков кашля при различных нозологиях является перспективным методом диагностики и контроля терапии респираторной, а также нереспираторной патологии. По всему миру ведутся исследования, направленные на изучение особенностей звуков кашля, в том числе с использованием машинного обучения.

Выводы. Звук кашля больных COVID-19 имеет статистически значимые отличия от кашля здоровых лиц. С учетом того, что диагностика данного заболевания не всегда является своевременной, что может приводить к развитию тяжелых осложнений вплоть до летального исхода, метод СТФБГ может зарекомендовать себя как эффективный вспомогательный метод диагностики COVID-19. Метод достаточно прост в применении и не требует дорогостоящего оборудования.

СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Филимонова О.Г., Татарина Д.Е.,
Никулина Р.Д.

Кировский государственный
медицинский университет,
г. Киров

Цель работы. Исследовать особенности хронической абдоминальной боли у пациентов гастроэнтерологического профиля.

Материалы и методы. Обследовано 30 человек, находящихся на лечении в терапевтическом отделении ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Киров». Среди пациентов преобладали женщины (60%), средний возраст составил $52,2 \pm 18,2$ года, стаж заболевания $12,2 \pm 10,2$ лет. У обследуемых имелись следующие заболевания: хронический гастрит – 18 человек (60%); синдром раздраженного кишечника – 5 больных (16%); хронический панкреатит и гепатит – по 3 пациента (10%); хронический холецистит – 1 женщина (3%). Для оценки качества жизни больных использовали европейский опросник качества жизни EQ-5D; опросник по оценке боли.

Результаты. Выявлено, что все пациенты испытывают боль, 70% – умеренную, 13% – среднюю и 17% – сильную. У большинства обследуемых боль локализуется в эпигастрии (57%), реже в правом и левом подреберье (19 и 9% соответственно), иногда в окологрудиной области (14%). По характеру у пациентов часто встречается тупая боль (35%), ноющая (17%) и тянущая (16%), реже – давящая и режущая (по 8%), жгучая и острая (по 5%). Болевые симптомы усиливаются у половины пациентов на прием пищи (52%), часто после физической активности (23%) и смене положения тела (14%). Почти треть пациентов (30%) купируют боль приемом ингибиторов протонной помпы, 27% – спазмолитиками, 16% больных ничего не принимают при боли.

При анализе гендерных особенностей болевого синдрома выявлено, что женщины чаще принимают лекарственные препараты при возникновении боли ($p < 0,05$) и в основном имеют умеренную боль ($p < 0,001$). Также женщины имеют более высокий стаж заболевания, чем мужчины ($p < 0,01$).

Пациенты были распределены по двум возрастным группам: до 55 лет (16 человек); 55 лет и старше (14 больных). При анализе этих групп выявлено, что в пожилом возрасте снижаются такие показатели качества жизни, как подвижность ($p < 0,01$) и уход за собой ($p < 0,05$). Также было установлено, что пациенты при наличии тревоги по опроснику EQ-5D чаще используют лекарственные препараты для купирования боли ($p < 0,05$).

Выводы. Заболевания гастроэнтерологического профиля сопровождаются характерным болевым синдромом умеренной интенсивности. Также выявлено, что женский пол и наличие тревоги приводят к более частому приему препаратов для купирования боли. Пациенты старше 55 лет имеют трудности в подвижности и уходе за собой, а для женщин характерны умеренная выраженность боли и более высокий стаж заболевания.



ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ

Филипович Е.К.¹, Кудлач А.И.², Хорликова О.А.³

¹Белорусский государственный
медицинский университет,

²Институт повышения квалификации
и переподготовки кадров здравоохранения
УО Белорусский государственный

медицинский университет,

³3-я Городская детская клиническая больница,
Минск, Беларусь

Актуальность. Хроническая головная боль напряжения (ХГБН) – одна из разновидностей первичных головных болей. Наличие коморбидных соматических нарушений, которые ухудшают статус и качество жизни пациентов в межприступном периоде, способствует формированию хронизации головных болей. Выявление и своевременное лечение соматической коморбидной патологии у пациентов с ХГБН способствует улучшению течения основного заболевания и более быстрому достижению ремиссии.

Цель. Провести выявление железодефицитных состояний у детей подросткового возраста с ХГБН и сопоставить лабораторные маркеры таких состояний с частотой эпизодов головной боли (ГБ).

Материал и методы. Когортное исследование представляло собой изучение лабораторных показателей (определение уровня железа, ферритина и гемоглобина) в крови и сопоставление их с частотой эпизодов головной боли в неделю у пациентов подросткового возраста с ХГБН. Выборка пациентов была представлена 50 пациентами в возрасте от 12 до 16 лет. Сопоставление полученных данных проведено при помощи непараметрических методов статистического анализа (коэффициент корреляции Спирмена).

Результаты. Исследуемая выборка пациентов была разделена на три группы по частоте головных болей в неделю. Первая группа с частотой ГБ 1-2 раза в неделю насчитывала 24 человека (n=48%). Среднее значение уровня ферритина в первой группе составило $16,1 \pm 7,5$, среднее значение уровня гемоглобина $110,8 \pm 9,2$, среднее значение уровня железа $8,4 \pm 0,4$. Во вторую группу вошли пациенты с частотой ГБ 3-4 раза в неделю – 11 человек (n= 22%). Среднее значение уровня ферритина во второй группе составило $8,1 \pm 2,6$, среднее значение уровня гемоглобина $110,6 \pm 8,1$, среднее значение уровня железа $6,9 \pm 0,1$. В третью группу были отнесены пациенты с частотой ГБ 5-7 раз в неделю – 15 человек (n=30%). Среднее значение уровня ферритина в третьей группе составило $5,3 \pm 0,7$, среднее значение уровня гемоглобина $112,3 \pm 10,9$, среднее значение уровня железа $5,2 \pm 0,5$. Установлена обратная корреляционная связь между уровнем железа ($\rho = -0,816$) и ферритина ($\rho = -0,869$) и количеством

эпизодов ГБ в неделю ($\rho < 0,05$). В отношении уровня гемоглобина и корреляции его с частотой эпизодов ГБ в неделю корреляционной связи не установлено ($\rho = 0,059$, $p > 0,05$).

Заключение. Полученные данные демонстрируют наличие тесной связи между частотой эпизодов ГБ у пациентов подросткового возраста и уровнем показателей железа и ферритина в крови у подростков. В этой связи целесообразно определение данных лабораторных маркеров у пациентов с высокой частотой эпизодов ГБ с целью своевременной коррекции железодефицитных состояний.

ВЛИЯНИЕ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА НА ЛИЧНО-АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Фомина И.Р., Реснянская Е.Д.,
Феоктистова В.С., Евдокимов Д.С.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель работы. Оценить лично-адаптационный потенциал у студентов 3-6 курса медицинского университета и влияние вегетативной нервной системы на его показатели.

Материалы и методы. В исследование включено 20 студентов Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова (СЗГМУ им. И.И. Мечникова) 3-6 курса (14 девушек (70%) и 6 юношей (30%)), средний возраст $21,9 \pm 1,8$ лет). Психологическое состояние и стрессоустойчивость у студентов оценивали с помощью личного опросника Г. Айзенка, теста жизнестойкости HS, шкалы воспринимаемого стресса PSS-10 и шкалы психологического стресса PSM-25. Исследование variability сердечного ритма (BCP) проводили в покое и после стресс-пробы с помощью аппаратно-диагностической системы «Кардиоритмография» (КРГ). Для воспроизведения острой психической стресс-реакции в лабораторных условиях использовали ментальный стресс-тест Струпа и тест на арифметический счет.

Результаты. По данным опросника Г. Айзенка в исследуемой группе в равной степени присутствовали экстраверты и интроверты, однако большинство участников (60%) имели высокий уровень нейротизма, что свидетельствует об их эмоциональной нестабильности. Вместе с тем студенты показали хороший уровень общей жизнестойкости $85,9 \pm 27,2$ баллов. Жизнестойкость представляет собой основную характеристику личности, которая в условиях стресса помогает уменьшить уровень физического и эмоционального дискомфорта, становясь значительным элементом

психологического здоровья и благополучия человека. Жизнестойкость состоит из трех относительно независимых составляющих: «вовлеченность», «контроль» и «принятие риска». Под «вовлеченностью» понимается ощущение радости от личной активности и уверенности в ее позитивном вкладе как для индивида, так и для общества. «Контроль» отображает уверенность человека в том, что его действия и поступки имеют прямое влияние на исход событий. «Принятие риска» характеризует способность человека адекватно воспринимать события вокруг, извлекая из них ценный опыт, будь то положительный или отрицательный. Параметр «вовлеченность» у 45% (9 чел.) студентов находился на среднем уровне, у 20% (4 чел.) – на высоком и у 35% (7 чел.) этот показатель был низким. «Контроль» был высоким у 35% (7 чел.), средний у 50% (10 чел.) и низкий у 15% (3 чел.) студентов. «Принятие риска» в 90% случаев было на высоком (50% – 10 чел.) и среднем уровне (40% – 8 чел.). Шкала психологического стресса PSM-25, отражающая психологическое состояние респондента за последнюю неделю и его адаптированность к рабочим нагрузкам, показала, что 70% студентов на момент исследования имели низкий показатель стресса, 30% – средний, в то время как высокий не был выявлен ни у кого. Высокий градус перенапряжения по шкале PSS10 испытывали только 2 чел. (10%), в большинстве он был низким (55% – 11 чел.) или средний (35% – 7 чел.). При этом противодействие стрессу по шкале PSS10 также было низким у 80% студентов, что свидетельствует о том, что исследуемые спокойно воспринимают стрессовые ситуации и прикладывают минимально усилий к их преодолению.

При выполнении КРГ группе испытуемых в покое была обнаружена прямая связь между высоким уровнем общей жизнестойкости, «вовлеченности», «контроля», «принятия риска» и активностью симпатической нервной системы (СНС) ($p < 0,05$ по показателям ВСР-М, Мо, RR-max, RR-min). Другими словами, психологическая устойчивость была выше у тех студентов, у которых при проведении ВСР в покое наблюдалось превалирование симпатического звена вегетативной нервной системы.

На ментальный стресс-тест студенты отвечали быстрой реакцией парасимпатической нервной системы (ПНС) по всем 14 показателям ($p < 0,05$), что у здоровых лиц является адекватным ответом стресс-лимитирующей системы, к которой относится (ПНС). Таким образом, результаты ВСР после стресс-пробы показали хорошую адаптивность вегетативной нервной системы студентов к стрессовым ситуациям.

Выводы. Несмотря на эмоциональную нестабильность студенты СЗГМУ им. И.И. Мечникова имеют достаточно высокий уровень общей жизнестойкости, что подтверждается их уверенностью в значимости и пользе своих действий, чувством контроля над ситуацией и готовностью к адекватному реагированию на неприятные события, что можно считать благоприятным фактором для их будущего профессионального

роста и успеха. Как оказалось, баланс вегетативной нервной системы играет в данном случае не последнюю роль, так активность СНС в покое помогает воспринять стресс, а быстрый ответ ПНС на стресс эффективно с ним справиться.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ

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

Цель. Оценка некоторых аспектов функционального состояния печени у больных остеоартритом (ОА).

Материалы и методы. Обследовано 73 больных ОА (64 женщин и мужчин 9). Средний возраст пациентов составил $42,7 \pm 7,1$ года. Давность заболевания от 1 года до 20 лет. Группу контроля составили 20 практически здоровых лиц. Диагноз устанавливался с учетом критериев Л.И. Беневоленской (1993) и EULAR (2010). Для определения стадии ОА проводили рентгенологическое исследование пораженных суставов по классификации J.H. Kellgren и J.S. Lawrence. I стадия выявлена у 10 (13,6%), II стадия у 32 (43,9%), III стадия у 31 (42,5%) больного. Функциональная недостаточность суставов I, II и III степеней соответственно у 17,8%, 50,0% и 37,0% больных ОА. По клинической форме у всех больных был гонартроз. В крови определены СРБ, АЛТ, АСТ, альфа-1-антитрипсин, альфа-2-макроглобулин, альфа-1-кислый гликопротеин, Тромбоспадин, фибронектин определяли методом ИФА.

Результаты и обсуждение. По данным ультразвукового исследования гепатобилиарной системы изменения в печени и желчевыводящих путях выявлены у $53,4 \pm 5,3\%$ обследованных больных. Локальные изменения в печени – $3,5 \pm 2,0\%$ ($r > 0,02$) и желчных протоках – $14,0 \pm 3,7\%$ встречались убедительно редко ($r > 0,05$). Средние значения АЛТ и АСТ были выше нормы во всех обследованных группах. Среднее количество билирубина в крови не увеличилось. Известно, что маркером воспалительного процесса в организме, особенно при ОА, является СРБ, синтезируемый в печени, количество которого в сыворотке крови достоверно повышено у больных ОА и составило в среднем $0,09 \pm 0,004$ г/л (норма $0,011 \pm 0,001$ г/л), что в 8,8 раза выше исходных значений.

Результаты исследования показали, что при ОА синтез и секреция СРБ увеличиваются в 8,8 раза от исходного уровня, что свидетельствует об эскалации воспалительного процесса и деструкции ткани. 1,5-кратное увеличение уровня тромбоспадина-5 при ОА по сравнению с исходным является реакцией на повреждение клеток. Возможно, что низкий уровень ан-

тип протеаз крови у больных ОА обусловлен высокой активностью протеаз за счет лизосомальных ферментов макрофагальной системы. Последний наряду с медиаторами воспаления (ИЛ-1, ИЛ-6, ФНОα) повышает экспрессию циклооксигеназы-2 в синовиальных клетках, хондроцитах, что приводит к синтезу простагландинов, усиливает воспаление, пролиферацию и деструкцию клеток. Низкий уровень антипротеаз крови обусловлен высокой активностью протеаз, обусловленной лизосомальными ферментами макрофагальной системы. У больных ОА установлено, что синтез антипротеаз в печени ослаблен из-за нарушения соотношения межклеточного матричного адгезива и антиадгезивного белка в крови, вследствие быстрой деструкции ткани, что сопровождается синтезом и секрецией СРБ.

Выводы. У больных ОА выявлено повышение уровня тромбоспадина-5, снижение фибронектина, повышение активности нейтрофилов с полиморфизмом лизосомальных ферментов. Ослабление синтеза антипротеаз за счет нарушения соотношения межклеточного матричного адгезива и антиадгезивного белка в крови, вследствие быстрой деструкции ткани, что сопровождается синтезом и секрецией С-реактивного белка.

ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ МИОПАТИИ

Хелковская-Сергеева А.Н., Коломейчук А.А.,
Гарзанова Л.А., Шаяхметова Р.У., Колтакова А.Д.,
Конева О.А., Ананьева Л.П., Бабак В.В.

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

Цель. Описать течение заболевания у пациентов с воспалительными миопатиями и злокачественными новообразованиями

Материалы и методы. В исследование включено 33 (17,2%) пациента с миозитом и злокачественным новообразованием (ЗНО) из группы больных воспалительными миопатиями (ИВМ), включающей 191 пациента.

Рак был выявлен в течение 3-х лет до воспалительной миопатии, параллельно, или в течение 3-х лет после развития миозита. Средний возраст был 57 ± 12.7 лет, 25 женщин (75.7%). Медиана длительности заболевания ИВМ составила 3 [4; 12] месяца. Медиана длительности наблюдения – 9 месяцев [3-18].

Результат. Среди пациентов с ИВМ и ЗНО дерматомиозит имел место у 21 (64%) пациента, полимиозит у 7 (21%), склеромиозит у 2 (6%), амиопатический дерматомиозит у 1 (3%), антисинтетазный синдром у 1 (3%), некротизирующая миопатия у 1 (3%).

Были выявлены следующие локализации злокачественных новообразований: яичники – 7 (21%), молочные железы – 8 (24%), легкие – 5 (15%), толстый ки-

шечник – 4 (12%), мочевого пузыря – 2 (6%), ротоглотка – 2 (6%), желудок – 2 (6%), шейка матки – 1 (3%).

Проксимальная мышечная слабость имела место у 32 (97%) больных. Умеренная дисфагия развилась у 18 (54.5%) пациентов, тяжелая, жизнеугрожающая у 8 (24%).

Основным внемышечным проявлением системного заболевания была типичная для дерматомиозита кожная сыпь – 23 (79%), в том числе кожный васкулит у – 21 (24%). Интерстициальное заболевание легких было диагностировано у 4 больных (2 пациентки со склеромиозитом, у 1 пациента с ДМ и у 1 пациента с антисинтетазным синдромом).

Медиана уровня креатинкиназы была 1300 ед/л [320-5000] (нормальный уровень 24-195 ед/л), у 3 (9%) больных уровень КФК был в норме. У 30 (90%) больных титр АНФ Нер-2 был выше 1/160. Также выявлялись следующие аутоантитела а-Ro у 3 (9%), а-Jo-1 у 1 (3%), а-RNP у 1 (3%) (иммуноферментным анализом), а а-SRP у 1 (3%), и а-Pm/Scl у 1 (3%) (методом иммуноблота).

32 (97%) пациента получали патогенетическую терапию миозита пероральными глюкокортикоидами, 14 (42%) – внутривенным иммуноглобулином (преимущественно в низких дозах), 7 (21%) – иммуносупрессантами. У 16 (48%) больных ответ на терапию был хорошим, у 16 (48%) не полным.

11 (33%) пациентов умерло: 3 от осложнений дисфагии, 7 от прогрессирования опухоли – 1 от коронавирусной инфекции.

Обсуждение. Самой частой формой паранеопластического миозита является дерматомиозит. Паранеопластические воспалительные миопатии характеризуются высокой частотой дисфагии, в том числе тяжелой, что параллельно с прогрессирующим злокачественным новообразованием ухудшает прогноз заболевания и требует проведения активной иммуносупрессивной терапии. Также у пациентов с паранеопластическим дерматомиозитом отмечается высокая частота кожного васкулита. Паранеопластические воспалительные миопатии характеризуются высокой смертностью как за счет прогрессирования опухоли, так и тяжести миозита.

АСЕПТИЧЕСКИЙ НЕКРОЗ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ: ОТ НАЧАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Хидоятова М.Р., Носиров Ж.Ж., Султанова М.Х.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Асептический некроз головки бедренной кости (АНГБК) – заболевание, приводящее к снижению качества жизни пациента из-за сильной боли и приводящее при несвоевременном лечении к инвалидности. Встре-

чается у людей всех возрастов, но чаще в старшей возрастной группе, в результате влияния определенных факторов риска, такие как употребление стероидов, злоупотребление алкоголем или определенные заболевания. В настоящее время является актуальным изучение АНГБК у пациентов перенесших COVID-19.

АНГБК может привести к коллапсу кости, что может потребовать хирургического вмешательства, например полной замены тазобедренного сустава. Это может стать значительным финансовым грузом для пациентов и их семей, а также значительным физическим и эмоциональным грузом.

Ранняя диагностика и лечение имеют решающее значение для лечения АНГБК и предотвращения дальнейшего повреждения пораженной кости. Это подчеркивает важность регулярных медицинских осмотров и обращения за медицинской помощью при появлении таких симптомов, как боль в суставах, скованность или ограниченный диапазон движений.

Цель исследования. Проанализировать факторы приводящие к развитию асептического (аваскулярного) некроза головки бедренной кости.

Материал и методы. Мы провели ретроспективное исследование 76 пациентов, поступивших в отделения травматологии и ортопедии в период с 2021 по 2023 год по поводу асептического некроза головки бедренной кости. Все госпитализированные пациенты, включенные в исследование, были оценены клинически и параклинически (инструментальные методы) сразу после поступления. При общем клиническом обследовании выявляли специфические признаки и симптомы состояния, которые привели к госпитализации пациентов в клинику, признаки и симптомы любых сопутствующих состояний, которые могли представлять собой факторы риска для хирургического лечения. Анамнез каждого пациента который имел отношение к возникновению и развитию настоящего состояния, а также к проводимому лечению.

Результаты. Основными симптомами, которые наблюдались у пациентов с асептическим некрозом головки бедренной кости в нашем исследовании, были боль в бедре и функциональная импотенция. Что касается функциональной импотенции, то она была напрямую взаимосвязана со степенью поражения головки бедренной кости, так, при раннем остеонекрозе сгибательно-разгибательные движения бедра были возможны лишь в относительно высоких пределах, а ротационные движения были более редуцированы; в запущенных случаях остеонекроза ограничение движений в тазобедренном суставе было весьма значительным, приводящим к частичному анкилозу. Помимо боли и функциональной импотенции, некоторые пациенты жаловались на нарушения ходьбы и ортостатического положения, многие из них предпочитали опираться на палку или металлические костыли. Кроме того, большое количество пациентов жаловались на двустороннюю боль в бедре в результате коксартроза на противоположной стороне. Из факторов риска 36% пациентов

курили, алкогольная зависимость встречалась у 19%, курение – 36%, ожирение – 17%, коагулопатии в 8%. Анализ по стадиям показал у 41 пациента 4 стадию заболевания, 23 пациента 3 стадия, 10 – 2 стадия, 2 пациента с 1 стадией. Более половины – 48 (63%) пациентов переболели COVID-19, из неболевших 28 пациентов 19 (68%) были вакцинированы. У 33 пациентов (43,5%) возникла угроза применения высоких доз кортикостероидов.

Выводы. В целом, повышение осведомленности об АНГБК и его факторах риска может помочь людям принять профилактические меры для снижения риска развития этого заболевания. Это также может побудить людей обратиться за медицинской помощью на раннем этапе, если они испытывают симптомы, что приведет к лучшим результатам и улучшению качества жизни.

ДИГИДРОПИРИДИНОВЫЕ БЛОКАТОРЫ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ В ПАРАДИГМЕ ТЕРАПИИ БЕВАЦИЗУМАБ-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Хлямов С.В., Маль Г.С.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) является частой кардиотоксичностью анти-VEGF агентов, которая возникает у 35% пациентов, получающих бевацизумаб, гуманизированное моноклональное антитело IgG1 к сосудистому эндотелиальному фактору роста (VEGF). Существующие рекомендации по кардиотоксичности свидетельствуют, что АГ можно безопасно контролировать с помощью низких доз дигидропиридинового блокатора кальциевых каналов (БКК), в сочетании с ингибитором ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) или блокатором рецепторов ангиотензина (БРА) II.

Цель исследования. Определить эффективность фелодипина для лечения АГ, вызванной бевацизумабом, у группы онкологических пациентов.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный обзор электронных медицинских карт пациентов, получавших лечение бевацизумабом в Курском онкологическом научно-клиническом центре им. Г.Е. Островерхова. Кардиотоксичность оценивалась по Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) v5.0 и классификации АГ Европейского общества кардиологов (ESC). Фелодипин в дозе 5 мг в день в качестве терапии 1 линии при АГ de novo \geq II степени, индуцированной бевацизумабом (группа А). Назначение АГП 2 линии или модификация лечения при обострении ранее существовавшей АГ (группа В). Пациенты включались для исследовательского анализа, если у них был рас-

пространенный или метастатический рак, требующий химиотерапии (ХТ) на основе бевацизумаба. Пациенты с колоректальным раком получали ХТ на основе 5-фторурацила, а пациенты с немелкоклеточным раком легкого (НМРЛ) и пациенты с раком яичников получали ХТ на основе платины в сочетании с бевацизумабом 5 мг/кг каждые 2 недели или 7,5 мг/кг каждые 3 недели. Описательная статистика использовалась для анализа характеристик пациентов [среднее значение, 95% доверительные интервалы (ДИ)]. Хи-квадрат (с поправкой Йейтса) и t-критерий Фишера использовались для сравнений. Значения p были двусторонними и считались значимыми при $\leq 0,05$.

Результаты. С января по декабрь 2020 г. бевацизумаб получили 187 пациентов (89 мужчин, 47,6%; 98 женщин, 52,4%) со средним возрастом 61 год (диапазон: 37-86 лет). 48 пациентов (25,7%) имели в анамнезе АГ. Используя данные мониторинга АД, у 85 пациентов (45,5%, 95% ДИ: 38,3-52,6) развилась АГ (I-III степени) в соответствии с СТСАЕ v5.0 по сравнению с 75 пациентами (40,1%, 95% ДИ: 33,1-47,1) по критериям ESC. АГП были введены 46 пациентам (24,6%, 95% ДИ: 18,4-30,8) по поводу АГ, вызванной бевацизумабом \geq II степени. У 24 из 46 пациентов (52,2%, 95% ДИ: 37,7-66,6) развилась АГ \geq II степени в течение 8 недель после начала лечения бевацизумабом. Среди 46 пациентов с АГ \geq II степени, вызванной бевацизумабом, у 26 пациентов без гипертензии в анамнезе развилась АГ *de novo*, и впоследствии им был назначен фелодипин в дозе 5 мг в день (группа А). У остальных 20 пациентов в анамнезе либо АГ ($n=14$), либо другое сердечно-сосудистое заболевание ($n=6$), требующее назначения препаратов, таких как бета-блокаторы. В дополнение к предыдущему лечению эти пациенты получали либо фелодипин 5 мг в день ($n=10$, группа В), либо лерканидипин 10 мг в день ($n=6$), либо фозиноприл 10 мг в день ($n=4$). В группе А у 23 из 26 пациентов (88,5%, 95% ДИ: 76,2-100) АД нормализовалось в течение 7 дней после введения фелодипина в дозе 5 мг ежедневно. Через 1 неделю лечения фелодипином у остальных 3 пациентов АД было $>140/90$ мм рт. ст. Их АД удалось контролировать после увеличения дозы фелодипина до 10 мг в сутки ($n=2$) и введения фозиноприла в дозе 2,5 мг в сутки ($n=1$). В группе В у 8 из 10 пациентов (80%, 95% ДИ: 55,2-100) АД удалось контролировать через 1 неделю приема фелодипина.

Заключение. АГ является частым кардиотоксичным эффектом анти-VEGF-препаратов с потенциально летальными последствиями, такими как артериальные тромбоэмболические осложнения. Следовательно, выбор эффективных АГП в этих условиях является важной задачей. В проведенном исследовании показана эффективность применения дигидропиридинового БКК фелодипин в лечении бевацизумаб-индуцированной АГ как в монотерапии на рекомендуемой начальной, так и на максимальной суточной дозе, а также в комбинации с иАПФ. Полученные данные подтверждают эффективность использования БКК у пациентов,

получающих препараты против VEGF, такие как бевацизумаб. Однако следует иметь в виду, что недигидропиридиновые БКК верапамил и дилтиазем являются ингибиторами CYP3A4, а нифедипин (дигидропиридиновый БКК) индуцирует секрецию VEGF.

ЛИПОПРОТЕИН (А) И ЕГО СВЯЗИ С ДРУГИМИ ФАКТОРАМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА В ПОПУЛЯЦИИ АРКТИЧЕСКОГО РЕГИОНА РОССИИ НА ПРИМЕРЕ Г. АРХАНГЕЛЬСКА

Холматова К.К., Дворяшина И.В.,
Костина К.С., Кудрявцев А.В.
Северный государственный
медицинский университет,
г. Архангельск

Введение. Липопротеин (а) (Лп(а)) является независимым фактором риска преждевременного развития сердечно-сосудистых заболеваний атеросклеротического генеза, однако популяционные уровни Лп(а) недостаточно хорошо изучены в различных регионах Российской Федерации.

Цель. Изучить распределение Лп(а) в популяции жителей г. Архангельска и его связей с другими факторами сердечно-сосудистого риска в популяции Арктического региона России на примере г. Архангельска.

Материалы и методы. Проанализированы результаты одномоментного эпидемиологического популяционного исследования «Узнай свое сердце» (УСС), включавшего случайную выборку населения г. Архангельска в возрасте 35-69 лет. Обследовано 2380 человек (989 мужчин и 1391 женщина), средний возраст составил 53,8 (стандартное отклонение (SD) 9,75) лет, без межполовых различий. С помощью корреляционного анализа изучены связи Лп(а) с возрастом, индексом массы тела, уровнем артериального давления, количеством выкуриваемых сигарет в день, показателями холестерина общего (ОХ), липопротеидов высокой и низкой плотности (ХС ЛНП), триглицеридов, аполипопротеинов А и В (Апо В), С-реактивного белка, цистатина С и гликированного гемоглобина.

Результаты. Среднее арифметическое значение Лп(а) составило 21,4 мг/дл (SD 27,5 мг/дл), однако его распределение было значительно смещено вправо. Медиана была существенно ниже среднего арифметического и составила 9,92 мг/дл (межквартильный интервал 4,8-23,8 мг/дл). Не было выявлено существенных различий по полу (9,7 (4,8-22,6) мг/дл у мужчин и 10,1 (4,7-24,8) мг/дл у женщин, $p=0,71$). Значения Лп(а) находились в интервале 30-49,9 мг/дл у 194 человек (8,2%), составляли ≥ 50 мг/дл у 305 участников (12,9%) без межполовых различий. Выявлены слабые положи-

тельные корреляционные связи Лп(а) с возрастом (0,11, $p < 0,001$), АпоВ (0,09, $p = 0,004$), ХС ЛПН (0,08, $p = 0,009$) и ОХ (0,06, $p = 0,04$).

Заключение. По результатам исследования УСС среднее значение Лп(а) у взрослого населения г. Архангельска составило 9,92 (4,8-23,8 мг/дл) мг/дл без межполовых различий. У 21% участников значения Лп(а) были 30 мг/дл и выше. Выявлены значимые положительные ассоциации Лп(а) с возрастом, уровнями Апо(В), ХС ЛНП и ОХ.

НАСТОРОЖЕННОСТЬ ВРАЧЕЙ В ОТНОШЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Хоманов К.Э., Серебровская О.Л., Артюхов И.В.,
Тарноруцкая А.В., Нагорняк Д.А., Неволин А.О.
ООО «МИР»,
Москва

Цель исследования. Изучить факторы, влияющие на повышение осведомленности врачей в вопросах диагностики и лечения сахарного диабета.

Материалы и методы. В период с 05.04.23 по 11.04.23 г. в приложении «Справочник врача» проведен опрос. В нем приняли участие 1184 респондента следующих специальностей: терапевт, врач общей практики, эндокринолог, педиатр, кардиолог, онколог, нефролог, инфекционист, невролог.

Результаты и обсуждение. Большинство (79,7%) ответили, что среди их пациентов есть люди с сахарным диабетом, преимущественно 2 типа, диагностированным коллегами (74%) или самим опрашиваемым врачом (26%). На вопрос, есть ли в ЛПУ проблемы с обеспечением лекарствами и медизделиями для пациентов с диабетом, ответы распределились следующим образом: изредка – 26,2%, нет – 22,7%, постоянно – 18,2%, редко возникают либо оперативно решаются – 16,8%, не в курсе – 16,1%.

Школа для пациентов с диабетом отсутствует в ЛПУ у 40,3% респондентов, была, но в настоящее время закрылась, – у 9,8%, а 23,9% врачей ответили, что такая школа в медучреждении имеется; 16,5% опрошенных указали, что их место работы не предполагает наличие школы для пациентов с диабетом.

Больше половины (51,6%) докторов не знают о каких-либо НКО или пациентских сообществах, оказывающих помощь и поддержку людям с диабетом; 37,7% знают, но ничего не могут сказать об их работе и эффективности.

Треть (30,2%) врачей на момент прохождения опроса была осведомлена о федеральном проекте «Борьба с сахарным диабетом»: почти половина (45,4%) из них узнала из интернет-источников, 18,5% – из новостей в приложениях для врачей, 18,2% – от коллег.

На вопрос, какую задачу должен решить этот проект в первую очередь, ответы врачей распределились следующим образом:

- Развитие школ для пациентов с диабетом (18,5%);
- Совершенствование образования эндокринологов и врачей первичного звена (терапевтов, ВОП) – 17,4%;
- Совершенствование системы диагностики сахарного диабета (17,1%);
- Обеспечение пациентов инсулиновыми лекарственными препаратами (10,9%);
- Обеспечение пациентов глюкометрами, тест-полосками и другими необходимыми медицинскими изделиями (10,6%);
- Оснащение профильных больниц и отделений необходимым медоборудованием и расходными материалами (8,1%);
- Обеспечение пациентов сахароснижающими (неинсулиновыми) лекарственными препаратами (5,6%);
- Развитие регистра пациентов с сахарным диабетом и ИТ-инфраструктуры проекта (3,1%);
- Считают, что проект не сможет повлиять на ситуацию, 8,7% врачей.

Наиболее ощутимыми проблемами в эндокринологии (вопрос с множественными вариантами ответов) респонденты считают: дефицит кадров (60,6%), низкие зарплаты врачей (54,7%), недостаточную информированность пациентов о заболевании (53,6%), низкий уровень междисциплинарного взаимодействия эндокринологов и врачей других специальностей (50%), дефицит глюкометров, тест-полосок и других необходимых медицинских изделий (46,5%), профессиональное выгорание врачей (41,4%) и дефицит лекарственных препаратов (38%).

Первоочередного внимания, на взгляд докторов, заслуживает борьба с такими осложнениями сахарного диабета, как сердечно-сосудистые (65,7%), нефрологические (13,7%) и неврологические (10,3%).

Свою настороженность в отношении сахарного диабета почти половина респондентов (43%) оценила по пятибалльной шкале на «отлично»; четыре балла поставили себе 27,5% опрошенных, три – 20,7%. При этом большинство (83%) хотели бы улучшить свои знания в области диабетологии. Среди тех, кто не желает углубиться в тему сахарного диабета, главными причинами выступают: удовлетворенность собственными знаниями (44,4%), большее доверие профильным специалистам-эндокринологам (40,4%) и отсутствие интереса к теме (7,2%). Участвовать в мероприятиях по повышению знаний в области диабетологии большинство опрошенных (83,9%) согласны даже без начисления баллов по системе НМО.

Вывод. Для полноценной борьбы с сахарным диабетом, в том числе в рамках реализации федерального проекта, необходимо: направить усилия на повышение квалификации врачей первичного звена и эндо-

кринологов, а также на создание и расширение сети школ для пациентов; улучшить качество ранней диагностики и сердечно-сосудистых осложнений диабета; бороться с кадровым дефицитом и низкими зарплатами врачей; повысить информированность населения о сахарном диабете и последствиях.

РОЛЬ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В ДИАГНОСТИКЕ ОРФАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Хоманов К.Э., Серебровская О.Л.
ООО «МИР»,
Москва

Цель. Изучить современные способы ранней диджитал-диагностики редких заболеваний.

Материалы и методы. Анализ открытых данных о возможностях существующего ИИ для диагностики орфанных заболеваний.

Результаты и обсуждение. Проанализированы данные применения ИИ для диагностики орфанных заболеваний. Диагностическое сопровождение ИИ в настоящее время почти всегда проводят по фенотипу: изображения, результаты лабораторных анализов (кровь, плазма или моча), концепты, извлекаемые из электронных медицинских карт и/или историй болезни. Иногда используют специальные анкеты и анализ комбинации клинических признаков и семейного анамнеза. Чаще встречаются алгоритмы машинного обучения, но нередко и ручные алгоритмы.

Диагностические системы поддержки принятия решений (DDSS) – это экспертные ИИ системы, которые помогают врачам. DDSS могут улучшить диагностику за счет оценки данных на основе объединенных медицинских знаний и составления списка диагнозов, подходящих для данной выборки.

DDSS, предполагающие возможные редкие заболевания на ранних стадиях, могут повысить точность диагностики и тем самым существенно сократить время до постановки диагноза. Существует несколько DDSS, специально разработанных для редких заболеваний, большинство из которых бесплатны. Их базы знаний обычно включают общедоступные, такие как Онтология фенотипов человека (HPO), база данных Orphanet по редким заболеваниям и онлайн-менделевское наследование у человека (OMIM).

Примеры DDSS для редких заболеваний – DeepGestalt, FindZebra, Phenomizer, PhenoTips, Rare Disease Discovery, Face2Gene, Orphan Assistant. DDSS, которые не специализируются на редких заболеваниях, но охватывают их, – Isabel и DXplain. Большая часть из них разработана в США или Европе (Германия, Дания и др.) и не имеют русифицированного интерфейса.

Характеристики некоторых DDSS:

Face2Gene – приложение, осуществляющее анализ фото пациентов для поиска характерного для орфанных заболеваний фенотипа. Технология преобразует фотографию в обезличенные математические дескрипторы лица и составляет приоритетный список синдромов с похожей морфологией.

DeepGestalt – платформа анализа изображений лица, использующая компьютерное зрение и алгоритмы глубокого машинного обучения. В результате пользователь получает список вероятных редких заболеваний, наиболее подходящих для данного пациента.

FindZebra – поисковая система для ввода клинической информации о пациенте, которая использует запрос, соответствующий комбинации фенотипических признаков, чтобы предложить ранжированный список заболеваний и возможных задействованных генов.

Phenomizer – измерения фенотипического сходства между пациентом и наследственными заболеваниями, описанными в базе данных. Программа разрабатывает статистическую модель, присваивающую баллы результирующему сходству для ранжирования болезней-кандидатов.

PhenoTips – инструмент фенотипирования, который предлагает ранжированный список нарушений. Благодаря синхронизации с базой данных Orphanet показывает отклонения фенотипа конкретного пациента и частоту возможных орфанных расстройств, связанных с ними.

Приложение Rare Disease Discovery (RDD) – в систему встроено сопоставление со специализированными базами данных, а также оценка для ранжирования заболеваний на основе совпадений между запросом и возможным заболеванием.

«Орфанный помощник» – первый российский инструмент в диагностике редких болезней. Из предложенных разделов врач выбирает симптомы конкретного пациента: из списка по системам органов, либо на интерактивном изображении тела человека. Приложение анализирует введенную информацию и выстраивает вероятные болезни по степени наибольшего совпадения симптомов.

Также клинический интерес представляют системы фенотипического скрининга PubCaseFinder и EMbase (сопоставление «клинических» и «биохимических» фенотипов болезней) и инструменты для одновременного анализа фенотипа и генотипа: PhenIX, Phenolyzer, RDAD, Xrare.

Выводы. Результаты ряда исследований убедительно свидетельствуют о том, что использование ИИ может быть эффективным методом первичного скрининга орфанной патологии у пациентов. Использование ИИ полезно и для увеличения информированности в отношении орфанных заболеваний медицинских работников. Отечественные специалисты здравоохранения могут использовать возможности ИИ в виде русскоязычного инструмента «Орфанный помощник» в мобильном приложении «Справочник врача».

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРУРИКЕМИИ НА ТЕЧЕНИЕ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Цинзерлинг А.Ю.¹, Гайдукова И.З.², Мазуров В.И.²,
Петрова М.С.¹, Инамова О.В.¹

¹Клиническая ревматологическая больница №25,
²СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить влияние гиперурикемии (ГУ) на течение псориазического артрита (ПсА).

Материалы и методы. На основании ревматологического регистра Санкт-Петербурга (2005-2020 гг.) сформированы и ретроспективно проанализированы две сопоставимые по возрасту группы больных: группа больных ПсА с ГУ (n=130), и группа больных ПсА без ГУ (n=131). ГУ регистрировали при уровне мочевой кислоты (МК) в крови ≥ 360 мкмоль/л в ≥ 2 тестах с интервалом ≥ 1 месяц при отсутствии подагрического артрита. Статистический анализ проводили с помощью пакета программ SOFA, version 1.5.4.

Результаты. Пациенты с ГУ и без ГУ были сопоставимы по возрасту ($52,67 \pm 12,43$ и $51,37 \pm 13,65$ г.) и полу ($56,92$ и $57,25\%$ мужчин). Уровень мочевой кислоты (МК) не различался у мужчин и женщин ($409,23 \pm 145,67$ и $380,51 \pm 158,22$ мкмоль/л), не было получено корреляции уровня МК с увеличением длительности ГУ и наблюдения за пациентами.

Дебют с олиго или моноартрита суставов нижних конечностей/позвоночника (1 вариант) встречался у пациентов с ГУ и без ГУ с сопоставимой частотой ($75,38$ и $77,09\%$). У пациентов без ГУ дебют с полиартрита (2 вариант) начинался в $60,53 \pm 10,35$ г, а 1 варианта – в $48,64 \pm 13,36$ г ($p < 0,001$), у пациентов с ГУ различия были не достоверны ($p > 0,05$): дебют со 2 варианта – в $54,65 \pm 10,27$ г, с 1 варианта – в $52,02 \pm 13,03$ г. Среди пациентов без ГУ дебют с 1 варианта достоверно чаще ($p < 0,001$) наблюдался у мужчин, чем у женщин (84 и $67,86\%$), а 2 вариант – чаще у женщин, чем у мужчин ($32,14$ и 16%). При наличии ГУ половых различий по дебюту не отмечалось: 1 вариант – у $79,72\%$ мужчин и $69,64\%$ женщин, 2 вариант – у $20,28\%$ мужчин и $30,36\%$ женщин ($p > 0,05$).

В обеих группах была одинаковая частота выявления HLA-B27 антигена ($27,96$ и $24,64\%$), позитивности по антителам к циклическому цитруллинированному антигену (АЦЦП; $15,9$ и $13,33\%$) и ревматоидному фактору (РФ; $1,71$ и $6,5\%$). При схожей частоте позитивных по РФ, определилась тенденция к повышению уровня МК у серопозитивных пациентов ($652,0 \pm 281,43$ и $517,77 \pm 95,71$ мкмоль/л; $p = 0,05$). У АЦЦП-позитивных пациентов длительность ГУ была выше ($6,67 \pm 1,53$ и $3,23 \pm 2,51$ г; $p = 0,03$), у пациентов с ГУ выявлена тенденция к большей частоте распространенного псориаза у лиц с ГУ (100 и 60% ; $p = 0,05$). HLA-B27-позитивным

пациентам чаще назначалась уратснижающая терапия ($64,71$ и $36,54\%$; $p = 0,04$).

В обеих группах не различалась частота дактилита ($13,07$ и $22,91\%$), спондилита ($58,46$ и $53,44\%$) и энтезита ($4,62$ и $6,87\%$). Несмотря на сопоставимую частоту распространенного псориаза ($67,71$ и $64,51\%$; $p = 0,05$), пациенты с ГУ отличались больше частотой наиболее неблагоприятной локализации псориаза – с поражением волосистой части головы и ногтей ($41,54$ и $26,71\%$; $p < 0,01$).

Отсутствие корреляции уровня МК с уровнем скорости оседания эритроцитов и С-реактивного белка позволяет предположить независимое влияние ГУ на течение ПсА.

Пациенты обеих групп получали сопоставимую терапию метотрексатом ($63,08$ и $78,62\%$), сульфасалазином ($19,23$ и $15,26\%$) и генно-инженерными биологическими препаратами ($3,85$ и $0,76\%$), однако пациенты с ГУ чаще получали лефлуномид (10 и $3,05\%$), что вероятно обусловлено более неблагоприятным течением ПсА при наличии ГУ и необходимостью, в связи с этим, коррекции терапии, т.к. корреляции между уровнем МК и дозой препарата (как и корреляции с дозой других препаратов) не обнаружено.

Выводы. 1. Гиперурикемия у пациентов с псориазическим артритом повышает частоту неблагоприятной локализации псориаза с поражением волосистой части головы и ногтей. 2. Наличие гиперурикемии нивелирует поло-возрастные особенности различных вариантов дебюта псориазического артрита. 3. Пациентам с гиперурикемией чаще проводится смена терапии на лефлуномид, что косвенно отражает более тяжелое течение псориазического артрита при наличии гиперурикемии.

РАБДОМИОЛИЗ – РЕДКОЕ ВНЕЛЕГОЧНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Черкашин Д.В., Шуленин К.С., Шарова Н.В.,
Орлов И.Л., Соболев А.Д.
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель. Представить больного с внебольничной пневмонией (ВП), вызванной *Mycoplasma pneumoniae*, осложнившейся развитием редкого для взрослого пациента внелегочного проявления ВП – рабдомиолиза.

Материалы и методы. Описано клиническое наблюдение за пациентом 19 лет с микоплазменной ВП и развитием острого рабдомиолиза на фоне лихорадки и эндогенной интоксикации. Результаты и обсужде-

ние. Пациент 19 лет, заболел остро 23.09 2023 г. после переохлаждения и контакта с больным микоплазменной ВП. Дебют заболевания с озноба, подъема температуры (38°), сухого кашля. На фоне приема арбидола и парацетамола сохранялась фебрильная температура (40-41°), появились головные боли, боли в горле и правом ухе при глотании, тошнота, расстройство стула, боли в икроножных мышцах; на 3-и сутки появление темной мочи. С 25.09 лечился в клинике военно-морской терапии ВМА. Больной отрицает травмы, экстремальные физические нагрузки, путешествия, употребление алкоголя и наркотиков, прием статинов, COVID-19. В 2022 г. ангина. Прививки от гриппа и пневмококка весной 2023 г. При поступлении в клинику состояние больного тяжелое. Температура 39,3°. ИМТ21 кг/м². Кожа влажная, чистая. Пальпация мышц бедер болезненна. Пульс 98 ударов в мин., ритмичный. АД-110 и 90 мм рт.ст. Границы сердца в норме, тоны сердца чистые. SaO₂ при дыхании воздухом 97%. ЧД – 18 в мин. Перкуторный тон укорочен слева ниже угла лопатки. Дыхание ослаблено в нижних отделах с обеих сторон, справа выше 6 ребра спереди и слева ниже угла лопатки сзади звучные влажные хрипы. Миндалины увеличены. Живот безболезненный, печень, селезенка, почки не пальпируются. Суточный диурез 25.09 – 500 мл, 26.09 – 650 мл. При КТ органов ГК инфильтрация легких в S1,2,S4,5,S8-9, S10 слева, в S2,S3 справа. Острое воспаление подтверждалось нейтрофильным сдвигом влево (лейкоциты 5,52x10⁹ /л, нейтрофилы – 3,83 x10⁹/л, миелоциты 1%, метамиелоциты – 2%, п/я – 13%, с/я – 48%), СОЭ – 38 мм в час, СРБ 109,7мг/л. Выявлено повышение КФК – 2066,8 u/l, КФК-МВ- 38,0 u/l, АСТ – 185u/l, АЛТ- 31u/l, креатинин 88,9 ммоль/л, мочевины – 4,74 ммоль/л, калий- 4,5 ммоль/л. Анализ мочи: уд. вес -1,030; темно-бурый цвет, лейкоциты 2-3 в п/зр.; эритроциты 2-3 в п/зр, уробилин +; белок – 0,76г/л; глюкоза > 55 ммоль/л; реакция на миоглобин с сульфатом аммония +. Кровь стерильна. СКД-ЕРІ – 108 мл/мин/1,73 м². АТ к ВИЧ ½, анти- НСV,НВs-Ag, SARS-COV-2 нет. Выявлена молекулярно-генетическим методом ДНК M.pneumoniae. РНК к вирусам парагриппа 1, 2, 3, 4 типов, риновирусу, коронавирусу, метапневмовирусу, респираторно-синцитиальному. ДНК аденовирусов групп В, С, Е; ДНК бокавирусов не выявлены. рН – 7,38. PCO₂ 41,5mm Hg; PO₂ -87 mm Hg. ЭКГ, ЭхоКГ – без патологии. УЗИ: почки и мочевыделительная система – норма. Селезенка 13,3 × 4,9 × 8,2см. ЛОР-врач: о. прав. средний отит, хрон. тонзиллит вне обостр. Подтверждена 2-хсторонняя полисегментарная пневмония с яркими воспалительными проявлениями. На фоне лихорадки и выраженной эндогенной интоксикации возникли признаки острого рабдомиолиза: миалгии, повышение в 12 раз КФК, миоглобинурия. При исключении других причин развитие острого рабдомиолиза можно связать с тяжелой ВП, вызванной M.pneumoniae.

Установлен диагноз: Основное заболевание: ВП, вызванная M. Pneumoniae, двусторонняя полисегмен-

тарная с локализацией в S2,S3 правого и S1-2, S4,S5, S8, S9, S10 левого легкого, тяжелое течение. Осложнение: рабдомиолиз, ДНОст. (SMRT/CO – 1балл). Сопутствующие заболевания: хрон. тонзиллит вне обострения, о. правосторонний, средний отит.

Снижение суточного диуреза, миоглобинурия при нормальных показателях креатинина, мочевины, электролитов были расценены как возможность развития острой почечной недостаточности (ОПН) на фоне рабдомиолиза. Исходя из «Рекомендаций клинического консенсуса комитета по интенсивной терапии EAAST по ведению пациентов с рабдомиолизом» 2021 г., проводилась активная гидратация (р-р Рингера лактат, 0,9% р-р натрия хлорида – в первые 2 суток до 1000мл, 5 дней по 400мл с восстановлением диуреза на 2-е сутки) в сочетании с антибиотиками с антимикоплазменной активностью (моксифлоксацин, кларитромицин, цефтриаксон/сульбактам). Нормализация температуры, ликвидация интоксикации к 6-му дню терапии. К 1.10 нормализация анализов крови и мочи. 26. 09 снизился уровень КФК до 1559,6 U/L, нормализовался к 1.10 (110,0 2 U/L). К 10-ым суткам исчезли инфильтрация в легких и миалгии. На 20 день выписан в удовл. состоянии. Выводы. Рабдомиолиз – редкое для взрослого пациента внелегочное проявление микоплазменной ВП. Молодой возраст больного, отсутствие патологии почек, своевременно начатая гидратация, введение антибиотиков, направленных на M.pneumoniae, позволили предупредить развитие такого опасного осложнения, как ОПН фоне острого рабдомиолиза.

РОЛЬ СОЦИАЛЬНО- ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Чернавский С.В.^{1,2}, Смирнова М.А.², Киткин Д.Н.¹

¹Главный военный клинический госпиталь
им. Н.Н. Бурденко

²Российская медицинская академия
непрерывного профессионального образования,
Москва

Сахарный диабет (СД) является одной из актуальных проблем современной медицины, что прежде всего обусловлено значительной распространенностью заболевания в популяции и высокой инвалидизацией больных. Анемия (Ан) – часто встречающееся и порой несвоевременно диагностируемое осложнение СД, которое оказывает неблагоприятное влияние на его течение и ухудшает качество жизни пациентов. Развитие анемического синдрома при СД зависит как от поражения почек, нарушений обмена железа, фолиевой кислоты, а также от ряда социально-экономических факторов жизнедеятельности больных.

Нами обследовано 95 больных СД, средний возраст которых составлял $57,2 \pm 4,8$ лет, средняя продолжительность заболевания – $7,1 \pm 2,4$ года. Диагноз СД и Аи у устанавливали на основании данных анамнеза, клинических проявлений, показателей лабораторных и инструментальных методов обследования в соответствии с «Алгоритмами специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом» (2023).

Анемический синдром диагностировался в 67,4% случаев. Наиболее часто (71,2%) он отмечался у лиц с СД 2 типа и продолжительностью заболевания более $5,5 \pm 1,3$ года. Среди всех больных с СД и Аи 70 (73,3%) были городскими жителями, у 65 (68,4%) больных был неактивный вид трудовой деятельности и 75 (78,8%) отмечали подверженность частым стрессовым ситуациям. При оценке биологических факторов у большинства пациентов – 79 (83,1%) человек – Аи диагностировался в возрасте старше 50 лет. Данные анамнеза показали, что 62 (64,7%) больных отмечали отягощенную наследственность по алиментарному ожирению, а 34 (35,5%) – по СД 2 типа. Изучение бихевиоральных составляющих показало, что Аи чаще развивалась у лиц с нерегулярным питанием – 81 (85,5%) пациента; с гиподинамией – 59 (62,3%) больных и наличием вредных привычек – 42 (44,1%) обследованных. Также 64 пациента (67,5%) не регулярно контролировали уровень гликемии, 53 (56,2%) – не проходили обучение в рамках «Школы диабета» и в большинстве случаев 75 (78,3%) больных – не соблюдали рекомендации врача-эндокринолога. Существенной разницы по половому признаку среди обследованных с СД и Аи выявлено не было.

Полученные данные необходимо учитывать при назначении лечебно-профилактических мероприятий больным сахарным диабетом.

РАСТВОРИМЫЙ СУПРЕССОР ТУМОРОГЕННОСТИ 2 В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Черник Т.А., Кравченко А.Я., Токмачев Р.Е.
Воронежский государственный медицинский
университет им. Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Цель. Изучить возможности растворимого супрессора туморогенности 2 (sST2) в качестве прогностического биомаркера острой декомпенсации хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 120 пациентов с ХСН. Женщины составляли 62,5% выборки, средний возраст пациентов равнялся $66,37 \pm 8,47$ лет. Среди участников исследования пре-

обладали пациенты с ХСН с сохраненной фракцией выброса (63%, $n=76$). Доля пациентов с ХСН с промежуточной фракцией выброса составила 13% ($n=15$), а со сниженной фракцией выброса – 24% ($n=29$). В соответствии с функциональным классом (ФК) ХСН пациенты были распределены следующим образом: I ФК – 21,67% ($n=26$), II ФК – 47,5% ($n=57$), III ФК – 27,5% ($n=33$), IV ФК – 3,33% ($n=4$).

На первом этапе проводилось обследование пациентов, которое включало оценку концентрации sST2 в периферической крови. Через 12 месяцев от момента включения в исследование производился сбор данных о случаях острой декомпенсации ХСН. Острой декомпенсацией ХСН признавался эпизод быстрого нарастания выраженности симптомов (одышки, тахикардии, застойных явлений), для стабилизации которого потребовалось обращение за медицинской помощью, госпитализация и усиление используемой терапии.

Результаты и обсуждение. Медиана sST2 в исследуемой выборке составила $32,13$ нг/мл [22,39; 38,59]. По отношению к пороговому значению биомаркера для стабильного течения ХСН, равного 35 нг/мл, пациенты распределились следующим образом: у 65% участников ($n=78$) исследования уровень sST2 не превышал данного значения. Следовательно, у 35% ($n=42$) выборки указанный показатель находился выше установленной границы. Кроме того, наблюдался рост среднего значения концентрации sST2 при повышении ФК ХСН. Для I ФК медиана составила $24,72$ нг/мл [17,9; 34,38], II ФК – $28,62$ нг/мл [20,84; 36,24], III ФК – $37,11$ нг/мл [IQR 31,2; 45,59]. Наибольшие значения биомаркера были получены среди пациентов IV ФК – $37,74$ нг/мл [32,14; 46,89].

В ходе второго этапа исследования, было установлено, что за регистрируемый период у 54,17% пациентов ($n=65$) наблюдалось развитие острой декомпенсации ХСН. При оценке доли пациентов с нестабильным течением ХСН был установлен наименьший процент таких участников в нижнем квартиле значений sST2 – 30% ($<22,39$ нг/мл). Второй квартиль включал 53,3% пациентов, перенесших острую декомпенсацию ХСН (sST2 22,39 – 31,15 нг/мл), а третий – 63,3% (sST2 31,15 – 38,59 нг/мл). Наибольшая доля пациентов, удовлетворяющая указанному признаку, определялась в верхнем квартиле значений биомаркера – 70,0% (sST2 $>38,59$ нг/мл).

Были определены отношения шансов (ОШ) стабильного течения ХСН в течение 12 месяцев при условии концентрации sST2 ниже порогового значения, равного 35 нг/мл. ОШ составило 2,6 [95% ДИ 1,18; 5,74].

Выводы. Полученные в исследовании данные указывают на увеличение концентрации sST2 в крови при повышении тяжести ХСН, а также на более высокие значения биомаркера у пациентов, в группе которых регистрировались эпизоды острой декомпенсации ХСН. Было установлено, что пациенты с концентрацией sST2 ниже принятого порогового

значения (35 нг/мл) имеют вероятность стабильного течения ХСН в 2,6 раз выше, чем пациенты с более высокими значениями биомаркера. Полученные результаты подтверждают возможность использования sST2 в качестве биомаркера для оценки прогноза развития острой декомпенсации ХСН в течение 12 месяцев.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАСТВОРИМОГО СУПРЕССОРА ТУМОРОГЕННОСТИ 2 В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Черник Т.А., Кравченко А.Я., Токмачев Р.Е.
Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Цель. Изучить прогностические возможности растворимого супрессора туморогенности 2 (sST2) в отношении летальности у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы. Исследуемая выборка включала 120 пациентов с установленным диагнозом ХСН. Средний возраст составил $66,37 \pm 8,47$ лет. В выборке преобладали женщины (62,5%, n=75). Около половины от общего числа участников были отнесены ко II функциональному классу (ФК) ХСН (47,5%, n=57). Среди фенотипов ХСН наибольшая доля пациентов имела ХСН с сохраненной фракцией выброса (63%, n=76).

При включении пациентов в исследование производилась оценка концентрации sST2 в периферической крови, а затем через 12 месяцев производилась регистрация летальных случаев среди участников выборки. Учитывались летальные исходы от всех причин.

Результаты и обсуждение. Общее число летальных исходов за 12 месяцев наблюдения в исследуемой выборке составило 7 случаев. Среди пациентов I ФК ХСН не было зарегистрировано ни одного случая смерти, среди пациентов II ФК ХСН – 1 случай. В группе пациентов III ФК ХСН абсолютное значение смертельных исходов было наибольшим и составляло 4 случая, однако, по отношению к общему числу пациентов каждого ФК, наибольшая доля летальных исходов наблюдалась среди пациентов IV ФК: 2 случая из 4 пациентов в данной группе.

При расчете коэффициента ранговой корреляции Спирмена была выявлена положительная корреляционная связь между концентрацией sST2 и летальными исходами ($r=0,26$, $p=0,0045$). Также при разделении пациентов на выживших и умерших, к

концу периода наблюдения было установлено, что группы статистически значимо различались по концентрации sST2 ($W=649,5$, $p=0,005$). Медиана sST2 в группе выживших пациентов, составила 30,67 нг/мл [22,01; 36,7]. Среди пациентов, которые умерли к концу периода наблюдения, этот показатель равнялся 42,3 нг/мл [37,11; 52;7].

Из 7 зарегистрированных случаев летальных исходов 5 пациентов имели концентрации sST2, находившиеся в верхнем квартиле значений биомаркера ($sST2 > 38,59$ нг/мл). Также были определены отношения шансов (ОШ) выживания при ХСН в течение 12 месяцев с учетом концентрации sST2 ниже порогового значения (35 нг/мл). ОШ в данном случае равнялось 12,83 [95% ДИ 1,49; 110,38].

Выводы. Полученные результаты указывают на увеличение частоты летальных исходов среди пациентов с более высокими концентрациями sST2 в крови. Кроме того, в исследовании было установлено, что вероятность выживания пациентов с ХСН с уровнем исследуемого биомаркера ниже 35 нг/мл в 12,83 превышает таковую для пациентов с ХСН с более высокими значениями sST2. Совокупность полученных данных позволяет сделать вывод о высокой эффективности применения биомаркера sST2 в качестве предиктора летальных исходов у пациентов с ХСН в течение 12 месяцев.

РАСТВОРИМЫЙ СУПРЕССОР ТУМОРОГЕННОСТИ 2 И ЕГО СВЯЗИ С ОСНОВНЫМИ ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Черник Т.А., Кравченко А.Я., Токмачев Р.Е.
Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Цель. Изучить корреляционные связи растворимого супрессора туморогенности 2 (sST2) с N-концевым мозговым натрийуретическим пропептидом (NT-proBNP) и некоторыми лабораторно-инструментальными показателями у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) различной фракции выброса левого желудочка.

Материалы и методы. В исследование было включено 120 пациентов с ХСН, из которых 75 участников (62,5%) были женского пола. Средний возраст в исследуемой выборке составил $66,37 \pm 8,47$ лет. Наибольшая доля включенных пациентов имела ХСН с сохраненной фракцией выброса (63%, n=76). ХСН с

промежуточной фракцией выброса была определена у 13% пациентов (n=15), а ХСН со сниженной фракцией выброса у 24% (n=29).

На первом этапе было произведено обследование пациентов, которое включало определение sST2, NT-proBNP, показателей общего и биохимического анализов крови, а также проведение трансторакальной эхокардиографии. Через 12 месяцев после включения пациентов в исследование производился сбор данных о случаях острой декомпенсации ХСН, а также случаях смерти от всех причин.

Результаты и обсуждение. Медиана концентрации sST2 у обследуемых пациентов составила 32,13 нг/мл [22,39; 38;59], а медиана NT-proBNP – 167,5 пг/мл [40,9; 401,5].

Была определена положительная корреляционная связь между исследуемыми биомаркерами ($r=0,29$, $p=0,0018$). Кроме того, оба из них формировали прямую связь с клиническим течением ХСН (с sST2: $r=0,29$, $p=0,0013$; с NT-proBNP: $r=0,26$, $p=0,0042$) и летальными исходами (с sST2: $r=0,26$, $p=0,0045$; с NT-proBNP: $r=0,32$, $p=0,0006$).

Как sST2, так и NT-proBNP сформировали отрицательную корреляционную связь с уровнем альбумина ($r=-0,37$, $p=0,0021$; $r=-0,47$, $p=0,0001$, соответственно), положительную связь с горизонтальным размером левого предсердия из апикального доступа ($r=0,20$, $p=0,0368$; $r=0,32$, $p=0,0012$, соответственно), размера левого предсердия из парастернального доступа ($r=0,35$, $p=0,0001$; $r=0,29$, $p=0,0019$, соответственно). Также была определена положительная корреляционная связь между sST2 и горизонтальным размером правого предсердия ($r=0,28$, $p=0,0001$), а также между NT-proBNP и вертикальным размером левого предсердия из апикального доступа ($r=0,33$, $p=0,0006$) и отрицательная связь с фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) ($r=-0,38$, $p<0,0001$).

Полученная отрицательная корреляционная связь исследуемых биомаркеров и уровня альбумина крови может указывать на повышение тяжести течения ХСН при гипоальбуминемии, которая формируется при белково-энергетической недостаточности. Кроме того, отсутствие корреляционной связи между показателями sST2 и ФВ ЛЖ указывает в пользу эффективности использования данного биомаркера у пациентов с ХСН вне зависимости от степени сохранности данного эхокардиографического параметра.

Выводы. Результаты исследования подтверждают наличие ряда корреляционных связей между sST2 и NT-proBNP с рядом лабораторных и инструментальных показателей, отражающих тяжесть течения ХСН. Кроме того, оба исследуемых биомаркера были связаны с обеими конечными точками: острой декомпенсацией ХСН и летальным исходом. Эти данные подтверждают возможность использования sST2 наряду с NT-proBNP при ведении пациентов с ХСН, так как оба показателя позволяют оценить разные аспекты патогенетических механизмов синдрома.

БОЛЕЗНЬ РОЗАИ-ДОРФМАНА В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

Чехута Е.С.¹, Исаев Д.А.¹, Мельниченко Н.Е.^{1,2},
Козлова А.В.¹, Бойкова Л.С.¹

¹Амурский областной

кожно-венерологический диспансер,

²Амурская государственная медицинская академия,
г. Благовещенск

Болезнь Розаи-Дорфмана-Дестомбса (БРД) – редкое неизвестной этиологии доброкачественное неопухоловое заболевание, характеризующееся накоплением пролиферирующих гистиоцитов в синусах лимфатических узлов, в результате чего происходит их массивное увеличение, впервые описан в 1960-х годах патологами Пьером Дестомбсом, Хуаном Розаи и Рональдом Дорфманом. БРД относится к группе так называемых заболеваний с атипичными клеточными нарушениями лимфатических узлов. Атипия в данном случае проявляется тем, что ненормальное увеличение количества гистиоцитов происходит в результате выраженного фагоцитоза ими клеток лимфоидного ряда. БРД встречается как самостоятельное заболевание, так и в ассоциации с аутоиммунными, наследственными и опухолевыми процессами. Заболевание считается незлокачественным, так как к настоящему времени клональности гистиоцитов при БРД не обнаружено. Прогноз БРД, как правило, благоприятный, особенно при локализованных формах. Отмечены и спонтанные ремиссии с вероятностью до 50% у больных без выраженных симптомов. Медиана возраста начала заболевания 56 (20-81) лет. Обычно у больных БРД есть двустороннее массивное безболезненное увеличение шейных лимфоузлов. У 92% пациентов встречается экстранодальное поражение, в том числе поражение глаз, центральной нервной системы, органов грудной, брюшной полости, костей. У 52% больных при системном процессе встречается поражение кожи. Изолированное поражение кожи встречается редко и представляет собой отдельный вариант БРД, который принято называть кожной формой БРД. Поражение кожи характеризуется как одиночными (40%), так и множественными (60%) высыпаниями и может быть представлено папулами, узлами, бляшками, редко – пигментированными пятнами. Заболевание обычно протекает бессимптомно, в редких случаях сопровождается зудом или изъязвлением высыпаний. Наиболее часто поражается кожа туловища и конечностей, реже – кожа лица, шеи, волосистой части головы и половых органов.

Пациент А. 23 лет, гражданин Азербайджана, обратился к дерматологу в АОКВД с жалобами на высыпания на коже правой щеки, зуд. Считает себя больным около 20 дней, связывал появление высыпаний с травматизацией. Самостоятельно лечился фулорцином, с небольшим улучшением. Со слов, изначально отметил появление пятна после травматизации (расчеса), далее отметил медленное увеличение и появ-

ление корок, до использования фуорцина отмечалось мокнутие. Хронические заболевания отрицает. ВИЧ, гепатиты, туберкулез, венерические заболевания отрицает. Аллергологический и наследственный анамнезы не отягощены. Локальный статус (рис. 1): Патологический процесс расположен в области правой щеки и представлен в виде корки с веррукозной поверхностью до 2,5 см, влажной по периферии, на эритематозном фоне, туширована фуорцином. Остальной кожный покров свободен от высыпаний. Дермографизм красный нестойкий. Педикулеза не выявлено. Ногти не изменены. Периферические лимфоузлы не увеличены.

Пациенту была назначена терапия (таб. Цетрин, таб. Кальция глюконат, таб. Доксациклина гидрохлорид, крем «Бетаметазона дипропионат + Гентамицина сульфат», цинковая паста), дана путевка к хирургу-онкологу. Анализы крови и мочи пациент не сдал.

На повторной явке через 4 дня отмечалась положительная динамика. Пациент посетил онколога, назначено дообследование. Следующая явка к дерматологу в АОКВД была через 1 месяц, отмечалась положительная динамика. При локальном статусе: На коже правой щеки очаг рубцовой атрофии красного цвета до 2,5 см с шелушением. Предоставил заключение хирурга-онколога – Болезнь Розаи-Дорфмана правой щеки.

Гистология – Микроскопическое описание: В биоптате кожи щеки диффузная инфильтрация однотипными крупными клетками с обильной зернистой или пустой цитоплазмой, округлыми ядрами с пылевидным хроматином и малозаметными ядрышками. Строма скудная представлена преимущественно мелкими тонкостенными сосудами. ИГХ – CD68-позитивная реакция. CD45 – позитивная реакция. S100 – позитивная реакция. Melan A-негативная реакция. Заключение: Болезнь Розаи-Дорфмана.

Данный случай показывает, что для правильного выставления диагноза необходимо междисциплинарное взаимодействие. С учетом, вариантов с экстраординарным поражением, рекомендована консультация смежных специалистов.

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ТЕЧЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Шаймуратов Р.И., Гизатуллина Э.Д.,
Косовских Э.Ф., Шакирова Г.Р.
Казанский государственный медицинский
университет,
г. Казань

Цель. Анализ влияния сопутствующих заболеваний на течение внебольничной пневмонии (ВП).

Материалы и методы. Было отобрано 404 случаев пациентов с ВП госпитализированных в много-

профильный стационар Республики Татарстан. Для статистической обработки использована программа SPSS23.

Результаты. Медиана возраста пациентов составила 64 года [59;71], 66,1% пациентов были мужчины. Среди сопутствующих заболеваний наиболее часто встречались следующие: хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – 80,2%, гипертоническая болезнь – 73,0%, ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 40,6%, бронхиальная астма – 26,7%. Среди пациентов с ХОБЛ статистически незначимо преобладали мужчины – 68%, $p=0,075$; пациентов с бронхиальной астмой было статистически незначимо больше среди женщин – 48%, $p=0,299$. Гипертоническая болезнь и ИБС статистически незначимо чаще обнаруживалась у мужчин – 199 (67%), $p=0,339$ и 116 (70%), $p=0,103$ соответственно. В среднем, продолжительность госпитализации составила 20 [14; 30] дней. Наибольшее влияние на длительность госпитализации оказывали наличие ХОБЛ ($p=0,01$); гипертонической болезни ($p=0,037$). Бронхиальная астма и ИБС не были значимо сопряжены с более длительной госпитализацией ($p=0,085$ и $p=0,074$ соответственно). Кумулятивная коморбидность оказалась наиболее значимо сопряжена с длительностью госпитализации ($\chi^2=200,699$; d.f.=130; $p<0,001$).

Выводы. Риск длительного течения пневмонии у госпитализированных пациентов выше у мужчин, страдающих хронической обструктивной болезнью легких и гипертонической болезнью.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ

Шакирова Г.Р., Гизатуллина Э.Д., Маннанова Л.И.
Казанский государственный медицинский
университет,
г. Казань

Цель. Оценка эффективности и безопасности таргетной терапии у взрослых пациентов с муковисцидозом, получавших элексакафтор/тезакафтор/ивакафтор и ивакафтор (ТН: Трикафта).

Материалы и методы. Проанализированы данные 9 пациентов, получавших препарат Трикафта®. Эффективность препарата оценивалась по клинико-лабораторным данным – уменьшение респираторных жалоб, частоты обострений, увеличение массы тела и индекса массы тела, снижение потовой пробы, инструментальным методам: прироста параметров спирометрии (ОФВ1, ФЖЕЛ). Безопасность проводилась по уровню АЛТ, АСТ, общего билирубина. Для статистической обработки использована программа SPSS-26. Статистический анализ включал в себя оценку нормальности распределения вариационного ряда по ста-

тистике Колмогорова-Смирнова (Zк-с), при нормальном распределении – расчет среднего арифметического и стандартного отклонения M (SD), в случае отличия от нормального распределения – медиана (Me) и межквартильный интервал (Me (Q1; Q3)). Статистически значимым считалось значение $p < 0,05$.

Результаты. Препарат Трикафта® был назначен 5 пациентам с генотипом F508del/неF508del и 4 пациентам с генотипом F508del/F508del. Длительность приема препарата составила в среднем $16,9 \pm 6,2$ месяцев (от 8 до 24 месяцев). Кроме таргетной терапии пациенты получали ингаляционные антибиотики, дорназу альфа, заместительную ферментотерапию. В результате лечения у всех пациентов, получавших препарат, было отмечено клиническое улучшение: в 100% случаев исчезновение кашля с гнойной мокротой, одышка присутствовала у всех пациентов до лечения, на фоне лечения у одного пациента она сохранялась, тогда как у остальных 8 пациентов этот симптом отсутствовал; у четырех пациентов до лечения препаратом Трикафта® имелось кровохарканье, которое не было отмечено на фоне лечения. Исходно у всех пациентов был дефицит массы тела, ИМТ составлял до назначения препарата $16,9 \pm 1,4$ кг/м² (от 14,1 до 19,1 кг/м²), на фоне терапии препаратом Трикафта® ИМТ составил $19,9 \pm 0,7$ кг/м² (от 19,1 до 21,3 кг/м²), $p = 0,0001$. Прибавка в весе составила $6,6 \pm 3,7$ кг (от 1 до 12 кг). Потовая проба исходно была у всех положительной: $102,7 \pm 15,5$ ммоль/л (от 85 до 130 ммоль/л), после лечения: $64,3 \pm 18,4$ ммоль/л (от 52 до 105 ммоль/л), только у одного пациента не было снижения потовой пробы ($p = 0,0001$). До лечения у всех пациентов было до 4-5 обострений в год с потребностью в антибактериальной терапии, тогда как на фоне лечения препаратом Трикафта®, только у одного пациента было 1 обострение. Отмечено достоверное увеличение параметров ФЖЕЛ и ОФВ1: ФЖЕЛ до лечения – $3,1 \pm 1,1$ л ($80,9 \pm 22,8\%$), после – $3,8 \pm 1,1$ л ($95,8 \pm 22,2\%$), $p < 0,05$. ОФВ1 до лечения – $2,3 \pm 1,2$ л ($69,4 \pm 31,4\%$), после лечения: $2,97 \pm 1,3$ л ($84,4 \pm 29,9\%$), $p < 0,05$. У всех пациентов был достигнут прирост параметров ОФВ1 на 676,7 мл (Me – 600, Q1 – 385, Q3 – 900 (от 100 до 1700 мл)) и ФЖЕЛ на 701,1 мл (Me – 600, Q1 – 275, Q2 – 1050). Все пациенты переносили препарат хорошо, безопасность оценивали по показателям АЛТ, АСТ и общему билирубину. Ни у одного пациента не было увеличения печеночных трансаминаз и общего билирубина.

Выводы. Положительная клинико-лабораторная динамика и увеличение параметров функции внешнего дыхания отмечены у всех пациентов, получавших таргетную терапию препаратом Трикафта®, кроме одного пациента, у которого не было снижения потовой пробы, при улучшении остальных показателей. В результате лечения достигнуто достоверное снижение потовой пробы, увеличение индекса массы тела, параметров функции внешнего дыхания. Также была отмечена высокая безопасность данной терапии.

ВЛИЯНИЕ ПРЕДЛОЖЕННОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ФАГОЦИТИРУЮЩИХ МАКРОФАГОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Шаповалова И.А., Саламех К.А.

Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки, г. Луганск

Цель исследования. Было изучено влияния современного иммуноактивного препарата меглюмина акридоната на показатели функциональной активности системы фагоцитирующих макрофагов (СФМ) у больных хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ) на фоне хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Материалы и методы. Было обследовано 78 пациентов с диагнозом ХНХ на фоне ХОБЛ. Диагнозы ХНХ и ХОБЛ были выставлены согласно клиническим рекомендациям Российской Федерации. Больные были распределены на две группы – основную (42 пациента) и сопоставления (36 больных), рандомизированные по возрасту, полу, тяжести течения ХНХ и ХОБЛ. Больные основной группы в комплексе лечения дополнительно получали меглюмина акридонат по 12,5% раствора по 2 мл внутримышечно 1 раз в сутки на протяжении 5 дней подряд, далее, при необходимости еще 3-5 инъекций. Пациенты группы сопоставления получали только общепринятое лечение. Для реализации цели исследования наряду с общепринятым обследованием осуществляли иммунологическое исследование, направленное на анализ функционального состояния системы фагоцитирующих макрофагов (СФМ). При этом для оценки функциональных возможностей макрофагально/моноцитарного звена иммунного ответа применяли метод фагоцитарной активности моноцитов (ФАМ) периферической крови. Использовали оригинальный чашечный метод изучения ФАМ с анализом следующих фагоцитарных показателей: фагоцитарного индекса (ФИ), фагоцитарного числа (ФЧ), индекса аттракции (ИА) и индекса переваривания (ИП).

Результаты и обсуждение. До начала лечения больные ХНХ на фоне ХОБЛ обеих групп предъявляли жалобы на наличие тяжести в правом подреберье, горечи в рту, общей слабости, повышенной утомляемости, снижение трудоспособности, а также наличие перидического сухого кашля. У обследованных больных ХНХ на фоне ХОБЛ до начала лечения выявлены существенные сдвиги со стороны показателей ФАМ-ФИ у больных основной группы был снижен в среднем в 1,62 раза относительно нормы и у лиц группы сопо-

ставления – в 1,59 раза, ФЧ в этот период исследования было снижено у пациентов основной группы в 1,9 раза, у больных группы сопоставления – в 1,67 раза, ИА у обследованных основной группы был в 1,41 раза меньше показателя нормы, у пациентов группы сопоставления - в 1,44 раза, кратность снижения ИП у пациентов основной группы составляла 2,1 раза, у больных группы сопоставления - 2,05 раза относительно соответствующего показателя нормы. Полученные данные свидетельствовали об угнетении функциональных возможностей СФМ.

На момент завершения лечения, у больных основной группы полностью ликвидировалась клиническая симптоматика обострения ХНХ и ХОБЛ, тогда как в группе сопоставления сохранялись проявления астенического синдрома.

При повторном исследовании ФАМ, которое было осуществлено на момент завершения лечения больных ХНХ на фоне ХОБЛ основной группы, которые дополнительно получали меглюмина акридонатацетат, отмечена практически полная нормализация изученных показателей ФАМ. У больных группы сопоставления, которые получали лишь общепринятое лечение, ФИ оставался в 1,23 раза меньше соответствующего показателя нормы; ФЧ – в 1,33 раза, ИА – в 1,19 раза, ИП – в 1,35 раза, что свидетельствовало о сохранении снижения функциональных возможностей СФМ.

Выводы. Полученные данные позволяют считать, что применение современного иммуноактивного препарата меглюмина акридонатацетата у больных хроническим некалькулезным холециститом на фоне хронической обструктивной болезнью легких патогенетически обоснованно, целесообразно и клинически перспективно, так как способствует достижению клинической ремиссии ХНХ и ХОБЛ и нормализации функциональной активности системы фагоцитирующих макрофагов.

СЛУЧАЙ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА 2 НА ФОНЕ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ СТЕАТОГЕПАТИТОМ С СИНДРОМОМ ЦИТОЛИЗА У ЖЕНЩИНЫ 48 ЛЕТ

Шаповалова А.Б.

Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Рассмотреть клинический случай впервые выявленного сахарного диабета (СД) 2

типа на фоне неалкогольной жировой болезни печени (НЖБП), осложненной стеатогепатитом с синдромом цитолиза у женщины 48 лет.

Результаты и обсуждение. Пациентка Ф., 48 лет, обратилась к эндокринологу по направлению терапевта в связи с впервые выявленной гипергликемией до 22,5 ммоль/л по данным лабораторного обследования после перенесенной острой респираторной инфекции. В течение трех лет отмечала постепенное нарастание веса до 84 кг, в течение года – периодически жажду, сухость во рту, снижение зрения, медленное заживление дефектов кожи, изжогу. Длительно – повышенная масса тела, артериальная гипертензия, дислипидемия, гиперурикемия. Длительно принимает антигипертензивные препараты, статины. Менструальный цикл сохранен, принимает оральный контрацептив в течение 10 лет. У матери пациентки – рак поджелудочной железы, отец умер в 44 года от сердечно-сосудистого события. При первичном осмотре эндокринолога жалоб не предъявляла, тошноту, тяжесть в правом подреберье отрицала. На момент осмотра гликемия – 18,3 ммоль/л (глюкометр). Объективно: индекс массы тела – 27,7 кг/м кв. Щитовидная железа (ЩЖ) визуально и при пальпации не увеличена, неоднородна, узлы не пальпируются, регионарные лимфоузлы не изменены. Кожные покровы чистые, сухие, видимые слизистые обычной окраски, влажности. Тоны сердца ясные, чистые, ритмичные, ЧСС – 75 уд. в мин. АД – 120/80 мм рт.ст. ЧД 16 в мин, хрипов нет. Язык чистый, влажный. Живот увеличен за счет подкожного жирового слоя, мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см по L.mediaclavicularis dextra. Край печени ровный, безболезненный, не уплотнен. В остальном по системам без особенностей.

По данным первичного лабораторного обследования: в клиническом анализе крови – без патологических изменений, глюкоза – 22,5 ммоль/л, гликированный гемоглобин – 11,8%, общий холестерин – 5,81 ммоль/л, инсулин – 4,45 мкМЕ/мл, креатинин – 50 мкмоль/л, АЛТ – 234 Ед/л, АСТ – 699,6 Ед/л, общ. билирубин – 8,2 мкмоль/л, щелочная фосфатаза – 165,7 Ед/л, ГГТП – 300 Ед/л, в общем анализе мочи – 1026, глюкозурия до 68,47 ммоль/л, в остальном – норма, 25-ОН-витамин Д – 32,26 нг/мл. В 2021 г. самостоятельно принимала метформин. Диету на момент первичного осмотра не соблюдала. Приемы пищи 2-3 раза в день. Установлен диагноз: Сахарный диабет типа 2. Целевые уровни гликированного гемоглобина до 6,5% (не достигнуто – 11,8%). Повышенное питание. Нормоинсулинемия. Данных за патологию ЩЖ не получено. На момент первичного осмотра показаний к госпитализации не было. Больной была рекомендована диета 9/5, регулярные приемы пищи до 4-5 раз в день. В связи с наличием противопоказаний к назначению пероральных сахаропонижающих препаратов (ПОСП) рекомендовано введение инсулина ультракороткого действия подкожно по уровню гликемии. Пациентка была направлена к гастроэнтерологу с целью назна-

чения гепатопротекторов парентерально. Гастроэнтерологом по результатам комплексного обследования подтвержден диагноз: НЖБП. Гепатомегалия неясного генеза. Синдром цитолиза. Холестаз неясного генеза. Данных за вирусные гепатиты не получено. МРТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства: данных за очаговые образования печени и поджелудочной железы не получено. На фоне немедленно назначенной терапии гепатопротекторами в течение недели достигнуто снижение уровней АСТ до 186,5 Ед/л, АЛТ до 125,5 Ед/л, глюкозы плазмы натощак до 13,79 ммоль/л. По данным самоконтроля гликемия в течение суток стабильная, не выше 11,7 ммоль/л. Необходимости в введении инсулина за весь период наблюдения не было. Коллективно было решено продолжить терапию гепатопротекторами парентерально. На фоне диеты, умеренных физических нагрузок и медикаментозной терапии в течение последующих трех дней отмечена положительная динамика – устойчивое снижение гликемии до 8-10 ммоль/л, субнормализация уровней трансаминаз. С учетом отчетливого снижения уровней глюкозы, динамики снижения веса решено продолжить терапию в прежнем объеме с переходом на пероральные гепатопротекторы без назначения ПОСП в ближайшее время.

Выводы. 1. При СД типа 2 нередко отмечается стертая клиническая картина с поздним развитием жалоб, что требует особого внимания со стороны врачей разных специальностей. 2. В структуре метаболического синдрома на первое место может выходить выраженная клиничко-лабораторная декомпенсация НЖБП, течение которой также может быть субклиническим, что неизбежно приводит к декомпенсации углеводного обмена. 3. Первостепенное значение в данном случае имеет активная терапия гепатопротекторами с последующим принятием решения о необходимости назначения ПОСП.

СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У МУЖЧИН МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ВПЕРВЫЕ В ЖИЗНИ ПО НЕОТЛОЖНЫМ ПОКАЗАНИЯМ

Шаповалова А.Б., Титова Д.О.

Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить состояние функции почек у мужчин молодого и среднего возраста (ВОЗ)

с метаболическим синдромом (МС), госпитализированных впервые в жизни по неотложным показаниям.

Материалы и методы. Всего обследовано 27 мужчин с МС в возрасте от 41 до 55 лет (средний возраст $48,19 \pm 0,52$ лет). Все мужчины были госпитализированы в многопрофильный стационар Санкт-Петербурга в терапевтическое отделение впервые в жизни по неотложным показаниям (гипертонический криз, боли в грудной клетке, нарушение сердечного ритма, впервые выявленный сахарный диабет 2 типа). При поступлении проведено комплексное обследование (объективный осмотр, антропометрия и лабораторно-инструментальные исследования). Полученные данные обработаны с помощью методов вариационной статистики в программе «Microsoft Excel».

Результаты и обсуждение. Из всех обследованных 81% имеют абдоминальное ожирение (Ож) различной степени (средний индекс массы тела (ИМТ) – $34,93 \pm 0,46$ кг/м²). Из них: Ож 1 степени (ВОЗ) – 10 пациентов, Ож 2 степени – 6, Ож 3 степени – 4. В остальных случаях ИМТ соответствовал критерию повышенного питания. Средний показатель окружности талии (ОТ) составил $109,7 \pm 1,26$ см. В 70% случаев ОТ составила более 100 см, в 44% – более 110 см. В 51% случаев выявлены повышенные уровни артериального давления (средний уровень $146,41 \pm 3,54$ мм рт. ст.). У четверти пациентов (24,6%) обнаружена артериальная гипертензия (АГ) 2 степени, почти у пятой части (18%) – АГ 3 степени. В 67% случаях диагностирован сахарный диабет 2 типа. Среднее значение уровня глюкозы в плазме крови при поступлении составило $16,22 \pm 0,62$ ммоль/л. Во всех случаях выявлена дислипидемия. Средний коэффициент атерогенности составил $5,02 \pm 0,14$. Средний уровень креатинина в крови составил $96,71 \pm 4,25$ мкмоль/л. У трех больных уровень креатинина в крови был выше 115 мкмоль/л. Среднее значение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) составило $83,58 \pm 6,24$ мл/мин/1,73м² (СКД-ЕР1). У трех больных СКФ была ниже 60 мл/мин/1,73м². В пяти случаях в общем анализе мочи выявлена протеинурия различной степени. Минимальное содержание белка составило 0,003 г/л, максимальное 0,035 г/л.

Выводы. 1. Субклиническое нарушение функции почек подтверждено с помощью скрининговых методов у пятой части мужчин среднего возраста с метаболическим синдромом, госпитализированных впервые в жизни. 2. Во всех случаях имели место факторы риска хронической болезни почек. 3. Результаты исследования подтверждают необходимость оценки функции почек у мужчин среднего возраста, ранее не обследованных, для своевременного выявления субклинических нарушений. 4. Выявление субклинического нарушения функции почек в данной категории больных трудоспособного возраста подчеркивает важность ранней диагностики хронической болезни почек, а также дальнейших исследований и разработки мер для профилактики ее развития и прогрессирования.

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПО ДАННЫМ ПОВТОРНОЙ КОРОНАРОГРАФИИ

Шахбазян А.В., Леонова И.А.,
Бажанова В.В., Третьякова Н.С.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Актуальность. Атеросклероз – хроническое прогрессирующее заболевание, темпы прогрессирования которого зависят от совокупности факторов. В настоящее время достаточно изучены причины тромбозов стентов, рестенозов в стенте, однако, вопросы, связанные с прогрессированием собственно атеросклеротического процесса в коронарных артериях, изучены недостаточно.

Исследование, включавшее пациентов с ангиографически доказанной ишемической болезнью сердца (ИБС), которым выполнялась серийная визуализация ВСУЗИ (от 18 до 24 мес), продемонстрировало, что пациенты без классических факторов риска имели более низкую степень как бляшек, так и кальцификации, однако скорость прогрессирования атеросклероза аналогична таковой у пациентов с традиционными факторами риска при использовании аспирина и статинов.

Во многих исследованиях использовалось следующее определение быстро-прогрессирующего атеросклероза: уменьшение на 10% и более диаметра, по крайней мере, одного ранее существовавшего 50% стеноза или сужение на 30% от исходного 50%-го стеноза, или прогрессирующее поражение до полной окклюзии в течение 6-12 месяцев. В настоящее время среди возможных факторов быстрого прогрессирования атеросклероза выделяют коронарораспизм, вирусы, различные маркеры воспаления и некоторые генетические факторы.

Цель. Оценить характер и особенности динамики морфологических изменений коронарных артерий у больных с различными формами ИБС, которым коронарография производилась повторно.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 210 историй болезни пациентов с острыми и хроническими формами ИБС, госпитализированных за 2018-2020 гг., которым коронарография производилась повторно в клинике СЗГМУ им. И.И. Мечникова. С учетом ангиографических изменений сформированы следующие группы: 1 – доказанное ангиографически прогрессирование КА; 2 – критерии прогрессирования в сочетании с ре-стенозом; 3 – изолированный ре-стеноз в стенте/шунта. Вклю-

чены пациенты, которым проводилась эндоваскулярная реваскуляризация миокарда и аорто-коронарное шунтирование

Результаты. Среди всех обследованных пациентов преобладали лица мужского пола – 118 человек (56,2%). Средний возраст больных составил 65,6 ($\pm 7,9$) лет, возрастной диапазон от 42 до 89 лет. Интервал между первичным и повторным ангиографическим исследованием составил от 4 мес. до 15 лет, медиана – 4 года. При сравнении динамики морфологических изменений коронарных артерий к первой группе отнесены 33,3% случаев, второй – 19,0%, третьей – 47,7%. Поводом для выполнения повторной КАГ в 47,7 % случаев послужил острый коронарный синдром с последующим одномоментным стентированием, в 52,5% – рецидив клиники стенокардии. Данные КАГ сопоставлялись с данными нагрузочного тестирования и результатами оценки фракционного резерва кровотока (в 2,7% случаев). Частота раннего стенозирования коронарных артерий в отобранных группах (до 12 мес.) составила 8,1%, 23,8%, 28,8%, соответственно. Частота позднего (более 12 мес.) стенозирования коронарных артерий в первой группе – 91,9% случаев, второй – 76,2%, третьей – 71,2%. Таким образом, достоверно чаще возникало позднее – возникшее более, чем через 12 месяцев, прогрессирование коронарного атеросклероза. Некоторые наиболее значимые показатели больных в группе прогрессирования коронарного атеросклероза: мужской пол 49 (70%), гипертоническая болезнь 70 (100%), курение 18 (25,7%), сахарный диабет 25 (35,7%), дислипидемия 25 (35,7%), ожирение 22 (31,4%), периферический атеросклероз 14 (20%). Очевидно, что прогрессирование коронарного атеросклероза у пациентов из этой группы не объясняется исключительно классическими факторами риска.

Выводы. Таким образом, механизмы прогрессирования коронарного атеросклероза, клиническое течение, прогноз у пациентов, заболевание которых нельзя объяснить наличием классических факторов риска, требуют дальнейшего изучения.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ СНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Шокиров Ш.Ш., Толибов Д.С., Абзалова М.Б.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Введение. Хроническая ишемия головного мозга, характеризующаяся длительным недостаточным кровоснабжением головного мозга, пред-

ставляет собой серьезную проблему для здоровья, особенно среди стареющего населения. Его неврологические последствия хорошо известны, но изучение связанных с ним нарушений сна у этой популяции пациентов приобретает все большее значение. Нарушения сна включают состояния, которые влияют на когнитивные функции, здоровье сердечно-сосудистой системы и общее благополучие. Нелеченные нарушения сна могут усугубить когнитивные нарушения, затруднить реабилитацию и снизить общее качество жизни. Будущие направления исследований должны изучить временные взаимосвязи, нейробиологические механизмы, эффективность вмешательств и включать более разнообразную выборку, чтобы лучше понять различия в нарушениях сна в этой популяции.

Цель. Цель этого исследования – изучить распространенность и взаимосвязь нарушений сна у пациентов с диагнозом хронической ишемии головного мозга, чтобы получить информацию, которая может помочь в разработке более эффективных стратегий клинического ведения и вмешательства.

Методы. Мы использовали поперечное исследование для изучения распространенности нарушений сна среди 50 пациентов с диагнозом хронической ишемии головного мозга в возрасте от 40 до 75 лет, взятых из Многопрофильной клиники ТМА. Мы использовали стандартизированные опросники и тесты, в том числе опросник для оценки сна Лидса (LSEQ) и шкалу сонливости Эпворта (ESS).

Полученные результаты. Среди 50 пациентов с хронической ишемией головного мозга средний возраст составил 61,4 года, при этом среди них было 58% мужчин и 42% женщин. У 68% больных хронической ишемией головного мозга наблюдались симптомы нарушений сна. Наиболее распространенными были бессонница (42%) и чрезмерная сонливость в дневное время (32%). Была обнаружена значительная связь ($p < 0,05$) между хронической ишемией головного мозга и нарушениями сна: пострадало 68% пациентов по сравнению с 25% в общей популяции.

Обсуждение. Наше исследование выявило существенное бремя нарушений сна у пациентов с хронической ишемией головного мозга, значительно более высокое, чем в общей популяции. Это подчеркивает важность превентивной оценки и лечения нарушений сна у этих пациентов, поскольку невылеченные нарушения сна могут еще больше ухудшить когнитивные функции и качество жизни.

В заключение, наше исследование подчеркивает высокую распространенность нарушений сна среди пациентов с хронической ишемией головного мозга, подчеркивая важность превентивной оценки и лечения в клинической практике. Необходимы дальнейшие исследования для изучения основных генетических механизмов и оптимизации вмешательств для этой уязвимой группы пациентов.

ЛИПОПОЛИСАХАРИД И ЕГО СВЯЗЬ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ

Шиповская А.А.¹, Дуданова О.П.¹,
Ларина Н.А.¹, Курбатова И.В.²

¹Петрозаводский государственный университет,
²Институт биологии Федерального исследовательского центра «Карельский научный центр Российской академии наук»,
г. Петрозаводск

Цель исследования. Оценить уровень липополисахарида (ЛПС) в крови больных неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ) и его связь с показателями воспаления при НАСГ.

Материалы и методы. Было обследовано 25 больных НАСГ: 11 мужчин (44%) и 14 женщин (56%), средний возраст составил $52,7 \pm 9,8$ года, индекс массы тела – $32,6 \pm 5,6$ кг/м². Диагноз устанавливался на основании традиционных клинико-лабораторных, ультразвуковых данных. Уровень ЛПС оценивался ИФА-методом (ELISA Kit for Lipopolysaccharide (LPS) Cloud-Clone Corp. США), провоспалительные цитокины – ИЛ-6 и ИЛ-8 ИФА методом (Вектор-Бест, Россия). На момент исследования пациенты не получали какой-либо гепатотропной, антибактериальной или синбиотической терапии. Контрольную группу составили 20 лиц в возрасте $42,6 \pm 2,7$ года.

Статистическая обработка данных выполнялась с помощью программного обеспечения «Statgraphics plus 5.0» с использованием теста Манна-Уитни, коэффициента корреляции Спирмена. $P < 0,05$ принималось за статистически значимое.

Результаты. У пациентов НАСГ средний уровень ЛПС составил $0,182 \pm 0,075$ нг/мл, что было достоверно выше, чем у группы контроля: $0,081 \pm 0,012$ ($p < 0,05$). Также у больных НАСГ по сравнению с контролем достоверно выше были уровни основных показателей лабораторной активности НАСГ: АЛТ $77,8 \pm 19,3$ против $16,4 \pm 4,8$ Ед/л, АСТ – $53,6 \pm 25,9$ против $18,3 \pm 4,5$ Ед/л, щелочная фосфатаза – $204,2 \pm 51,2$ против $123,5 \pm 49,4$ Ед/л, холестерин – $6,1 \pm 1,0$ против $5,0 \pm 1,0$ ммоль/л, ЛПНП – $3,8 \pm 0,9$ против $2,7 \pm 0,9$ ммоль/л, триглицериды (ТГ) – $2,5 \pm 1,0$ против $1,2 \pm 0,5$ ммоль/л, глюкоза – $6,0 \pm 1,6$ против $4,8 \pm 0,5$ ммоль/л (везде $p < 0,05$), ЛПВП – $1,2 \pm 0,2$ против $1,8 \pm 0,7$ ммоль/л ($p = 0,057$).

Уровень лейкоцитов периферической крови при НАСГ не отличался достоверно от контроля – $6,2 \pm 0,3 \times 10^9$ /л против $5,9 \pm 0,6 \times 10^9$ /л, как и скорость оседания эритроцитов: $17,0 \pm 4,5$ против $11,2 \pm 2,5$ мм/ч ($p = 0,08$). В то же время количество палочкоядерных нейтрофилов при НАСГ достоверно превышало таковое у здоровых лиц – $2,5 \pm 0,9 \times 10^9$ /л против $1,3 \pm 0,5 \times 10^9$ /л ($p < 0,05$). Уровни определяемых про-

воспалительных цитокинов были достоверно выше у пациентов НАСГ по сравнению с контролем: ИЛ-6 – $10,0 \pm 2,8$ против $1,0 \pm 0,4$ пг/мл ($p < 0,05$); ИЛ-8 – $16,9 \pm 4,8$ против $7,7 \pm 3,3$ пг/мл ($p < 0,05$).

Коррелятивный анализ показал тесную связь уровня ЛПС с содержанием в крови интерлейкина-8: $r = 0,88$ ($p = 0,02$), и умеренную связь с показателем ожирения ИМТ: $r = 0,45$ ($p = 0,038$) и показателем гепатоцеллюлярного повреждения АСТ: $r = 0,43$ ($p = 0,023$). Не обнаружено достоверной и значимой связи с другими показателями некротически-воспалительного процесса: с ИЛ-6, АЛТ, уровнем лейкоцитов и СОЭ.

Обсуждение. Воспаление является одним из ключевых механизмов в патогенезе НАСГ. В развитие данного процесса вносит вклад дисбиоз кишечника, который часто встречается у пациентов с ожирением и НАЖБП. В результате нарушенной проницаемости слизистой кишечника при НАЖБП и роста грамотрицательной флоры происходит транслокация в порталный и системный кровотоки патоген-ассоциированных молекулярных паттернов – РAMP, представителем которых является липополисахарид, входящий в состав бактериальной стенки грамотрицательных бактерий. ЛПС распознается TLR купферовских клеток печени, они активируются и секретируют провоспалительные цитокины и хемокины, усиливающие миграцию в печень иммунных клеток. Мнения исследователей о роли нейтрофилов при НАСГ противоречивы, многие отрицают их участие в развитии некротически-воспалительного процесса при НАСГ. Нами же обнаружен значительный рост эндотоксина и ИЛ-8 у пациентов НАСГ, и тесная связь между этими показателями, а также связь эндотоксина с показателем гепатоцитарного повреждения АСТ. Известно, что ИЛ-8 является основным хемокином, привлекающим нейтрофилы в очаг воспаления, и значительный рост его в крови обследованных пациентов НАСГ подтверждал участие нейтрофилов в воспалительном процессе, а тесная связь с уровнем эндотоксина свидетельствовала о роли ЛПС в индукции нейтрофильного воспаления в печени.

Многочисленные литературные данные доказали связь дисбактериоза кишечника с развитием ожирения. Наши результаты также выявили достоверную связь между уровнем эндотоксина и ИМТ, подтвердив прямое влияние «дырявого» кишечника и бактериальной транслокации на развитие ожирения и НАСГ.

Выводы. Уровень ЛПС грамотрицательных бактерий при НАСГ в 2 раза превышал таковой у здоровых лиц и прямо коррелировал с содержанием в крови интерлейкина-8 и АСТ, подтверждая роль кишечного дисбактериоза в развитии воспалительного процесса в печени.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПОДАГРЫ И БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИИ

Ширанова Ш.А., Набиева Д.А.,
Мухамадиева С.М., Хидоятова М.Р.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить течение заболевания и коморбидный фон у пациентов с подагрой и у пациентов с бессимптомной гиперурикемией (бесГУ) и определить эффективность терапии направленной на снижение мочевой кислоты.

Материалы и методы. Исследование проводилось в ревматологическом отделении многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Всего в исследование было включено 44 пациента. Когорта исследования состояла из четырех групп: одна группа пациентов бесГУ ($n = 11$) и три группы пациентов с подагрой, а именно: пациенты с острой подагрой до терапии направленной на снижение мочевой кислоты ($n = 15$), те же пациенты с острой подагрой после 30-дневной терапии ($n = 15$) и пациенты с хронической подагрой после ≥ 6 -месячной терапии направленной на снижение мочевой кислоты ($n = 18$). Диагноз бесГУ был подтвержден повышенной концентрацией уратов в сыворотке крови ($> 8,0$ мг/дл). Все пациенты с подагрой, были старше 19 лет и не получали лечение антибиотиками в течение одного месяца до включения в исследование. Пациенты с активными системными инфекционными заболеваниями были исключены из исследования. Были определены пол пациента, возраст, продолжительность подагры, дозировка лекарств и сопутствующие заболевания, такие как диабет, гипертония или хроническая болезнь почек.

Результаты. Все пациенты были мужского пола, их средний возраст был сопоставим между группами. Пациенты с подагрой имели статистически более высокую частоту гипертонии и хронической болезни почек по сравнению с пациентами с бесГУ. Концентрация креатинина в сыворотке крови была значительно выше, и наблюдалась значимая тенденция к повышению уровня С-реактивного белка у пациентов с подагрой, чем у пациентов с бесГУ, что указывает на наличие более выраженной воспалительной реакции у пациентов с подагрой по сравнению с пациентами с бесГУ. Тем не менее, не было статистических различий в возрасте, потреблении алкоголя или белка, семейном анамнезе или индексе массы тела между пациентами с бесГУ и подагрой. Продолжительность заболевания подагрой была значительно короче у пациентов с острой подагрой по сравнению с пациентами с хронической подагрой (1,5 месяца против 39 месяцев, $p < 0,001$), что отражает то, что в исследование были включены паци-



енты как с ранней, так и с поздней стадией подагры. Статистических различий в индексе массы тела и сопутствующих патологиях не выявлено, за исключением более высокой распространенности хронической болезни почек (7,1% против 72,2%, $p=0,001$) между пациентами с бесГУ и хронической подагрой соответственно. Уровни мочевой кислоты в сыворотке крови были повышены у пациентов с острой подагрой до терапии и у пациентов с бесГУ по сравнению с пациентами с хронической подагрой, получавшими терапию направленную на снижение мочевой кислоты. Оценка эффективности терапии показало, что уровень СРБ не имел статистически значимой тенденции к снижению у больных хронической подагрой, а у пациентов с бесГУ достоверное снижение воспалительной реакции уже к концу 1 месяца лечения.

Заключение. Пациенты с подагрой имеют более высокую частоту гипертонии и хронической болезни почек по сравнению с пациентами с бесГУ. Концентрация креатинина в сыворотке крови была значительно выше, и наблюдалась значимая тенденция к повышению уровня С-реактивного белка у пациентов с подагрой, чем у пациентов с бесГУ, что указывает на наличие более выраженной воспалительной реакции у пациентов с подагрой по сравнению с пациентами с бесГУ. Своевременная терапия направленная на снижение мочевой кислоты приводит не только к нормализации уровня мочевой кислоты, но и к снижению воспалительной реакции в организме.

ПРОБЛЕМЫ ОЦЕНКИ И КОРРЕКЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Шишкин А.Н.

Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург

Распространенность ожирения и ассоциированных с ним состояний достигли масштабов глобальной эпидемии. В настоящее время к заболеваниям, имеющим характер врожденных нарушений метаболизма, относят ожирение, подагру, сахарный диабет, дислипидемию и многие другие. Данные эпидемиологических исследований показывают, что частота развития метаболических нарушений, висцерального ожирения и инсулинорезистентности зависит от этнической принадлежности, образа жизни и возраста: она увеличивается постепенно по мере старения организма, резко возрастая у лиц после 50 лет. В многочисленных исследованиях показано, что ожирение является самостоятельным, независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, характеризующихся высокой смертностью. 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. В некоторых исследованиях так же продемонстрировано, что важную роль в развитии сердечно-сосудистой патологии может играть характер распределения жировой ткани в организме, т. е. фенотип и нарушение метаболизма выделяемых биологически активных веществ – адипоцитокинов.

Важный интерес представляют и гендерные особенности метаболических нарушений. Научные исследования последних лет показывают, что моментом «запуска» метаболического синдрома у женщин может являться период беременности. Компоненты метаболического синдрома при беременности имеют свои отличительные черты. АГ при беременности тесно взаимосвязана с инсулинорезистентностью, однако до сих пор окончательно не определено, при каком виде артериальной гипертензии инсулинорезистентность наиболее выражена. На сегодняшний день свыше ста молекул биологически активных веществ, принимающих участие в регуляции энергетического обмена, расцениваются исследователями, как потенциальные мишени для терапевтического воздействия. Требуется особый подход и оценка эндотелиальной дисфункции при метаболических расстройствах. Она может быть инициирующим фактором целого ряда органных поражений.

Не менее важными представляются сведения, доказывающие вероятную связь между изменениями в составе кишечной микробиоты, развитием системной артериальной гипертензии и компонентами метаболического синдрома.

Несмотря на то, что коррекция питания и устранение гиподинамии считаются ведущими терапевтическими инструментами этих патологий, существует множество других факторов, которые могут играть важную роль в их коррекции. В связи с этим обстоятельством, сегодня актуальной проблемой является поиск новых безопасных подходов, ассоциированных с восстановлением микрофлоры кишечника, улучшающих метаболические показатели. За последние годы изучение влияния пробиотиков, пребиотиков, синбиотиков и метабиотиков на течение целого ряда заболеваний, в том числе ожирения, стало одним из ведущих научных направлений. Доказано положительное влияние приема данных препаратов на показатели углеводного и липидного обмена, на проявления диспепсии, на состав микробиоты кишечника человека. Поэтому, прием энзимбиотика можно рассматривать в качестве потенциальной составляющей терапии у пациентов с многокомпонентным метаболическим синдромом. Выбор тактики ведения больных с метаболическим син-

дромом должен быть индивидуальным в зависимости от степени ожирения, наличия или отсутствия артериальной гипертензии и других проявлений. Снижение массы тела и, особенно, массы висцерального жира способствует коррекции метаболического статуса.

Дальнейшее изучение влияния метаболических нарушений на весь спектр терапевтических заболеваний позволит не только назначить эффективную терапию, но и решать вопросы превентивной профилактики.

ТРУДНОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА СО СМЕШАННЫМ ФЕНОТИПОМ ОСТЕОАРТРИТА

Шохин А.А.¹, Трофимов Е.А.²

¹Северодвинская городская больница,
г. Северодвинск,

²СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Введение. В последние десятилетия в России выявляют от 4 до 10 тыс. профессиональных заболеваний в год, четверть из них составляют заболевания в результате физических перегрузок и перенапряжения. Однако, по оценке Международной организации труда из-за болезней, связанных с работой, в России происходит свыше 76 тыс. смертей ежегодно. По данным метаанализа, с включением 526 тыс. человек, установлено, что такие профессиональные факторы, как подъем тяжестей, приседание на корточках и восхождение по лестнице, могут увеличивать риск развития остеоартрита (ОА). Ниже представлен атипичный случай труднодифференцируемого олигоартрита коленных суставов (КС),

Материалы и методы. Мужчина, 36 лет, профессия – слесарь-сантехник, стаж работы 12 лет. Работа связана с длительным нахождением в вынужденных позах, чаще сидя на корточках, с повышенной нагрузкой на КС и мышцы нижних конечностей. Дебют заболевания в 2017 г.: возникновение выраженного синовита левого КС, проводилась пункция сустава, эвакуация жидкости и введение бетаметазона внутрисуставно (в/с) с положительной динамикой. В дальнейшем рецидивы синовитов и артралгий учащались с каждым годом, тем не менее пациент продолжал работу по основной специальности.

С 2021 г. выраженное нарастание суставного синдрома: ВАШ боли до 70 мм при нагрузке, синовиты до 5 раз за год и многократные эвакуации жидкости до 100 мл за раз из каждого КС. В это же время обследован у ревматолога: проведено комплексное обследование, критериальных данных за ревматическое заболевание не получено, продолжил наблюдаться и лечиться у травматологов с диагнозом «гонартроз». Болевой синдром с 2021 г. по 2023 г. сохранялся до 50-70 мм по

ВАШ. Пациент перманентно получал локальные и пероральные НПВС, суммарно проведено более 20 пункций КС, в каждый сустав введено порядка 12 инъекций бетаметазона, одномоментные эвакуации жидкости достигали 220 мл.

Повторно консультирован ревматологом в октябре 2023 г. По данным МРТ КС: пролиферативный синовит, рекомендовано выполнение биопсии синовиальной оболочки. В ноябре: артроскопия правого КС с проведением частичной резекции синовиальной оболочки. Проведено трехкратное в/с введение препаратов гиалуроновой кислоты с низким клиническим эффектом. По данным биопсии – хронический неспецифический синовит. С учетом длительных рецидивов синовита и данных биопсии, к терапии назначен метотрексат 7,5 мг/нед. В настоящее время пациент наблюдается у ревматолога со смешанным фенотипом ОА (воспалительный, хронический-болевого, ассоциированный с профессией). Через 6 недель от начала терапии метотрексатом отмечается уменьшение болевого синдрома до 30-40 мм, частичный регресс припухлости КС. Ввиду наличия фактора вредности «тяжесть трудового процесса», рекомендовано прохождения внеочередного освидетельствования в рамках профессиональной пригодности и решения вопроса о медико-социальной экспертизе.

Обсуждение. Таким образом, представленный клинический случай демонстрирует не только важность мультидисциплинарного взаимодействия в терапии атипичного ОА, но и социальную значимость комплексного лечения и реабилитации, ввиду длительной потери трудоспособности пациента.

ОСТЕОАРТРИТ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С ПРОФЕССИЕЙ: СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Шохин А.А.¹, Трофимов Е.А.²

¹Северодвинская городская больница,
г. Северодвинск,

²СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Актуальность. Оценивая распространенность профессиональных заболеваний, в том числе профессионального остеоартрита (ОА) в РФ, выявлены стабильные показатели заболеваемости, за последнее десятилетие составляющие в среднем 4118 случаев в год. В 20% профессиональные болезни возникают в результате воздействия физических перегрузок и перенапряжения, а ежемесячные расходы социального фонда РФ достигают 207,8 млрд. руб. Важнейший клинический признак профессионального ОА – развитие локализованного ОА с поражением сустава или группы суставов наиболее нагруженной (рабочей) конечности. Отличи-

тельная особенность – сравнительно молодой возраст начала заболевания. Среди профессий, сопряженных с наибольшим риском, отмечают работы в добывающей и обрабатывающей промышленности, строительстве и транспорте. Доказанно, что труд с опорой на колени, частые приседания, подъем и перемещение грузов увеличивают риск развития ОА коленных суставов (КС).

Цель исследования. Оценить социальную значимость ОА КС, ассоциированного с профессией, у работников судостроительной промышленности.

Материал и методы исследования. Проведено анкетирования работников тяжелой судостроительной промышленности ($n=78$; 56 мужчин (71,8%) и 22 женщины (28,2%)) с хронической (>3 мес.) болью в КС с ВАШ боли при нагрузках, связанных с выполнением трудовых обязанностей, от 20 мм. Средний возраст анкетированных составил $44,9 \pm 9,4$ лет, из них средний возраст у мужчин $44,5 \pm 9,8$ лет, у женщин – $46,1 \pm 8,1$ лет. Длительность симптомов анкетированными определена в среднем $2,9 \pm 2,1$ годами, из них у мужчин – $2,9 \pm 2,1$ лет, у женщин – $3,2 \pm 1,9$ лет.

Результаты и обсуждение. По данным отечественно литературы, распространенность хронической общесоматической патологии среди работников судоремонтных предприятий России составляет 95,8%, в четверти случаев – это заболевания опорно-двигательного аппарата. Так, несмотря на боль в КС, среди анкетированных 83,3% ($n=65$) дали отрицательный ответ на вопрос: «Учитывая физически тяжелый труд и прогрессирующую боль в КС, Вы готовы сменить место работы?». Пытаясь определить причину большого объема отрицательно ответивших, был задан дополнительный вопрос: «С учетом непредвиденных обстоятельств, в том числе со здоровьем, на какой срок рассчитана Ваша «финансовая подушка безопасности» (объем денег необходимый для жизни без изменения привычек, который не пополняется в период его использования)?». Средний срок составил $3,0 \pm 2,3$ мес.

Имеются мнения о заниженной статистике профессиональной заболеваемости в нашей стране. Некоторые авторы отмечают, что причиной этому могут служить некачественное проведение профилактических осмотров, а также незаинтересованность работодателей в выявлении этих заболеваний. По данным Тукова А.Р. (ФМБА РФ) имеются статистические ошибки учета, а именно кодирования диагнозов по МКБ-10. Помимо вышеописанных причин, вероятно, к ним стоит отнести и нежелание самого работника в верификации диагноза, что можно связать со страхом потерять профессиональную пригодность и перейти на менее оплачиваемую работу.

Выводы. Суммируя представленные данные, можно сделать вывод, что ОА, ассоциированный с профессией, представляет значимую социальную проблему в нашей стране, а искусственно заниженная заболеваемость усложняет объективизацию, статистический учет и пути ее решения. Комплексный подход к вопросу профессиональных болезней со стороны законода-

телей, работодателей и самих сотрудников должен не только сократить финансовое бремя, но и помочь оптимизировать производства с целью улучшения качества труда и жизни трудящихся.

К РЕЗУЛЬТАТАМ ИССЛЕДОВАНИЯ АУТОАНТИТЕЛ К НАТИВНОЙ ДНК КЛАССА G В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ВИТИЛИГО

Шукуров И.Б., Мавлянов Ш.З., Яхшиева М.Ф.
Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр
дерматовенерологии и косметологии,
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Витилиго является распространенным заболеванием и им страдают около 1-2% населения земного шара. В последние годы отмечается рост заболеваемости витилиго, особенно среди молодежи, лиц трудоспособного возраста, что придает этому заболеванию определенное социальное значение.

Изучение аутоиммунного процесса в клиническом течении витилиго представляется важным критерием оценки клинического течения и прогнозирования заболевания. На сегодняшний день идентифицировано большое количество индивидуальных аутоантигенов, в которых чаще обнаруживаются ААТ к белкам цитоскелета и другие внутриклеточные компоненты, ДНК, РНК и нуклеопротеины, фосфолипиды, различные ферменты, гормоны, рецепторы клеток и т. д. Выявляемые ААТ могут быть показателем иммунологической перестройки и при определенных условиях могут реализовать свои патогенетические возможности.

Цель исследований. Оценка уровней содержания аутоантител к нативной ДНК класса G в сыворотке крови у больных витилиго.

Материал и методы исследования. Обследовано 114 больных витилиго в возрасте от 7 до 62 года. Среди них лица мужского пола составили – 44 и женского – 70 больных. У всех больных проводились клинические, биохимические и ИФА исследования. Контрольную группу составили 27 здоровых лиц соответствующего возраста.

Результаты исследования. По клинической форме среди 114 больных несегментарную форму витилиго составили – 92 больных (80,7%), сегментарную – 22 (19,3%) соответственно.

Анализ полученных результатов показали, что у больных витилиго отмечается повышения уровня ААТ класса G к нативной двух цепочечной ДНК в сыворотке крови, что составило 53,5% случаев. При этом ААТ класса IgG к двух – цепочечной ДНК выявлено – у 53,5%, а к IgG одно-цепочечный ДНК было выявлено – в 52,6% случаев.

Анализ количественной характеристики аутоантител (ААТ) к нативной ДНК в сыворотке крови у больных витилиго выявило увеличение концентрации аутоиммунных антител класса G к двухцепочечной ААТ-DNK-DS в 2,9 раз по сравнению с показателями контрольной группы и составило в среднем $30,09 \pm 0,9$ МЕ/мл и имел статистически достоверный характер ($P < 0,05$). Тогда как концентрация ААТ класса G к одноцепочечной ДНК-SS составило в среднем $30,2 \pm 0,89$ МЕ/мл, что в 4,7 раз превышал показатели контрольных здоровых лиц и имел статистически достоверный характер ($P < 0,05$).

С учетом клинической формы у больных несегментарной формой витилиго уровень аутоантител IgG к двух ds - DNA повышался в 3,6 раз по сравнению с показателями здоровых лиц и у больных сегментарной формой – в 1,06 раз по сравнению с показателями здоровых лиц ($P < 0,05$).

Полученные результаты свидетельствует о том, что у больных витилиго отмечается развитие аутоиммунного процесса, сопровождающиеся повышением концентрации ААТ класса G к двухцепочечной ДНК-DS и одноцепочечной ДНК - SS, характеризующие прогрессирующее течение заболевания. На наш взгляд, повышение ААТ к IgG класса ДНК у больных витилиго свидетельствует о наличии компонентов аутоиммунных полигландулярных синдромов (АПС) – 3-го типа, т.е. сочетание с аутоиммунным заболеванием щитовидной железы.

Сопоставление показателей ААТ к IgG класса ДНК с сопутствующими патологиями у больных витилиго показало, что среди 114 больных у 79 отмечали заболевание щитовидной железы, что составило 69,3% случаев. Заболевание щитовидной железы наиболее часто отмечали у больных несегментарной формой у 86 больных, что составило 93,5%, тогда как у больных сегментарной формой – у 14 из, что 63,6% случаев.

Выводы. Полученные данные подтверждают современные взгляды о наличии у витилиго и аутоиммунных процессов в патогенетических механизмов и имеют диагностическое и прогностическое значение с целью раннего выявления коморбидных заболеваний и назначения соответствующего лечения.

ФИЛОГЕНЕТИЧЕСКОЕ РАЗНООБРАЗИЕ ВИРУСА ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА 1 ТИПА НА ТЕРРИТОРИИ СЗФО

Щемелев А.Н., Останкова Ю.В.

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

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) является причиной синдрома приобретенного иммуноде-

фицита (СПИД), унесшего жизни более 38 миллионов человек. Спустя более сорока лет после открытия ВИЧ как причины СПИДа до сих пор не существует эффективной вакцины и лекарства от этого заболевания. Поскольку лекарства от ВИЧ не существует, пациенты проходят пожизненную терапию. Ожидалось, что высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ), введенная в 1995 г., предотвратит развитие лекарственной устойчивости (ЛУ) и последующую неэффективность лечения. Однако несмотря на то, что комбинированная терапия тремя препаратами спасла множество жизней, проблема ЛУ не исчезла. Высокая частота мутаций ВИЧ имеет решающее значение для его выживания во время медикаментозной терапии. Вирус может приобретать мутации лекарственной устойчивости, и они являются одной из основных проблем для проведения эффективной ВААРТ. Нельзя также недооценивать вклад ретровирусной рекомбинации, позволяющий разным последовательностям генома ВИЧ обмениваться участками при коинфицировании одной клетки.

На данный момент основным подходом к оценке разнообразия ВИЧ является филогенетический анализ, то есть выявление генетических кластеров на основе матрицы расстояний между генетическими последовательностями.

Цель работы. Описание филогенетического разнообразия ВИЧ-1 на территории Северо-Западного федерального округа.

Материалы и методы. Материалом для данного исследования послужила плазма крови от 643 ВИЧ-инфицированных пациентов из СЗФО с неэффективностью АРТ с вирусной нагрузкой, превышающей 100 коп/мл.

Количественный анализ РНК ВИЧ проводили с помощью коммерческого набора АмплиСенс® ВИЧ-Монитор-ФРТ (ЦНИИЭ, Россия) с порогом чувствительности 500 копий/мл. Образцы с определяемой вирусной нагрузкой (ВН) анализировали с помощью RT-PCR и секвенирования по Сэнгеру. Реакции ПЦР и секвенирования проводили с использованием набора AmpliSens® ВИЧResist-Seq (ЦНИИ эпидемиологии, Россия) согласно инструкции производителя.

Сборку консенсусных последовательностей из фрагментов, полученных в ходе секвенирования, осуществляли с помощью программного обеспечения Unipro UGENE. Консенсусная последовательность включала участок длиной 1300 нт гена полимеразы (pol), кодирующего протеазу, и часть обратной транскриптазы в районе 2253-3554 нт; координаты ВИЧ HXB2 приведены в базе данных GenBank (K03455.1). Генотипирование изолята проводили с использованием инструмента REGA ВИЧ-1 Subtyping Tool 3.0. При этом анализ филогенетических связей (между генетическими последовательностями изучаемых штаммов и референсными последовательностями из GenBank) проводился с использованием программного обеспечения MEGA-X с алгоритмом Neighbor-joining, позволяющим оптимизировать деревья в соответствии с

с критерием «сбалансированной минимальной эволюции». При оценке достоверности филогенетических связей мы использовали несколько поколений выборок методом бутстрепа для 1000 независимых конструкций каждого филогенетического дерева.

Результаты. Из 663 образцов вирусная нагрузка, достаточная для исследования, была выявлена у 458 пациентов. Генетические последовательности вирусных изолятов, полученных от них, были успешно секвенированы и генотипированы. Наиболее представленные регионы: Ленинградская область (N=262); Калининградская область (N=196); Архангельская область (N=97). Доминирующим является субтип А, субсубтип А6 (72,20%, 95% ДИ 67,83% – 75,64%). Следующими по распространенности оказались рекомбинантные формы между субтипами А и В. При этом, если анализировать генетическое разнообразие вируса в регионах, то в большинстве регионов доминирующим является субсубтип А6, кроме Калининградской области, где 74% изолятов (95% ДИ 66,61%-80,63%) принадлежат к рекомбинантным формам между А и В субтипами.

При этом важно отметить, что при генотипировании инструментами REGA HIV-1 Subtyping Tool 3.0 все изоляты были отнесены к субсубтипу А1, однако собственный филогенетический анализ позволяет с полной уверенностью отнести их субсубтипу А6. Данное несоответствие можно объяснить тем, что в последних версиях REGA HIV-1 Subtyping Tool 3.0 не учитываются данные, подтверждающие необходимость выделения субсубтипа А6 отдельно от субсубтипа А1.

Заключение. Генетическое разнообразие ВИЧ-1 в обследованной группе типично для территории Российской Федерации – абсолютное преобладание субсубтипа А6 – 79,6% в России в целом по сравнению с 72% в СЗФО по результатам нашего исследования.

НЕЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРВОЙ ЛИНИИ АРТ КАК МАРКЕР ПЕРВИЧНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ВИЧ-1

Щемелев А.Н., Останкова Ю.В.

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

Введение. На сегодняшний день антиретровирусная терапия (АРВТ) позволяет значительно улучшить качество жизни пациентов с ВИЧ-инфекцией, а также является профилактическим фактором, так как в результате лечения снижается вирусная нагрузка (ВН) и вероятность передачи вируса. Комбинация препара-

тов собирается из двух, трех или четырех компонентов. В настоящее время, согласно национальным рекомендациям по диспансерному наблюдению и лечению больных ВИЧ-инфекцией, в Российской Федерации (Клинический протокол 2017) в состав предпочтительной схемы антиретровирусной терапии (АРТ) первой линии рекомендуют включать 2 препарата из группы нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы ВИЧ (НИОТ) тенофовир (ТДФ) или абакавир (АВС) в сочетании с эмтрицитабином (FTC) или ламивудином (ЗТС). В качестве третьего препарата следует назначать ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы ВИЧ (ННИОТ) препарат эфавиренз (EFV). В настоящее время на территории Российской Федерации наблюдается относительно высокая встречаемость первичной лекарственной устойчивости (ЛУ) ВИЧ, под влиянием которой уже первая схема лечения пациента может оказаться неэффективной.

Цель. Изучение особенностей формирования неэффективности первой линии АРВТ.

Материалы и методы. Для проведения исследования были использованы материалы плазмы крови от пациентов с неэффективностью первой линии терапии с 2014 по 2018 годы. Изоляты ВИЧ, полученные из данных образцов, были генотипированы и исследованы на наличие мутаций лекарственной устойчивости с помощью коммерческого набора «АмплиСенс® HIV-Resist-Seq» (ФБУН ЦНИИЭ, Москва).

Результаты. По результатам проведенного исследования заметный рост вклада неэффективности первой линии терапии в общее число случаев вирусологической неэффективности АРВТ начался в 2017 году (до 11%) по сравнению с 2014 годом (8%), после чего в 2018 произошел резкий скачок до 32% случаев. При этом необходимо отметить, что с 2014 по 2016 год у пациентов с неэффективностью первой линии АРВТ мутации лекарственной устойчивости выявлялись в единичных случаях, а в 2017 и 2018 гг. встречаемость мутаций ЛУ составила 87% и 96% соответственно. Наибольшее распространение среди мутаций, ассоциированных с ЛУ получила M184V, доминирующая среди мутаций лекарственной устойчивости в целом. Но по сравнению с прочими случаями неэффективности лечения, при неэффективности первичной линии терапии заметно повышается встречаемость мутации K65R, ассоциированной с устойчивостью к ТДФ (с 12% до 58%). Среди мутаций, ассоциированных с ЛУ к ННИОТ наиболее распространены те же мутации, что и при других случаях неэффективности терапии: K101E и G190S, ассоциированные, в первую очередь, с устойчивостью к NVP и EFV.

Вывод. Неизбежным следствием роста встречаемости первичной лекарственной устойчивости ВИЧ является увеличение числа случаев неэффективности первой линии АРВТ. Наблюдаемый скачок во встречаемости неудачи первой линии лечения свидетельствует о необходимости мониторинга лекарственной устой-

чивости у пациентов с ВИЧ до начала лечения для повышения эффективности терапии и уменьшения числа случаев неэффективного лечения.

ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ

Щемелева Е.В., Скородумова Е.А., Костенко В.А.
НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе,
Санкт-Петербург

Гиперурикемия и подагра ассоциированы с высоким риском сердечно-сосудистой патологии, прежде всего ишемической болезни сердца, что подтверждается многочисленными независимыми исследованиями. Однако к настоящему времени имеется недостаточно данных об особенностях течения острого коронарного синдрома (ОКС) у пациентов с подагрой.

Цель исследования. Выявить особенности развития острого коронарного синдрома у больных подагрой.

Материалы и методы. Было проведено одномерное ретроспективное исследование, в ходе которого проанализированы истории болезни всех пациентов, госпитализированных в СПб НИИСП им. И.И. Джанелидзе с диагнозом ОКС за период 2021-2023 гг. Среди них выделена группа из 43 больных с сопутствующим диагнозом подагра (когорта ОКС+подагра). В группу сравнения включили всех пациентов с ОКС, госпитализированных в 2022 г. (когорта ОКС, n=1112). Был выполнен сравнительный анализ половозрастных характеристик больных, преморбидного фона, особенности течения ОКС, осложнения и исходы госпитализации в обеих группах.

Произведена статистическая обработка результатов, различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. В когорте больных ОКС на фоне подагры мужчины составляли абсолютное большинство (95,3%), что в целом соответствует распределению по полу всех больных подагрой, госпитализирующихся в СПб НИИСП с различными патологиями. Средний возраст пациентов с ОКС и подагрой составил $60,1 \pm 1,6$ лет и достоверно не отличался от среднего возраста больных с ОКС ($p > 0,05$). Однако более половины пациентов с подагрой (62,8%) были трудоспособного возраста (до 65 лет) против 39,9% в общей группе, что статистически значимо, $p < 0,05$.

По данным анамнеза больные с ОКС и подагрой достоверно чаще, чем при ОКС в целом, имели предшествующую гипертоническую болезнь (97,7% и 89,0% соответственно), нарушения липидного обмена (51,2% и 66,0%), а также хроническую болезнь почек 3 стадии и выше (27,9% и 11,8%), $p < 0,05$. По предшествующим инфарктам миокарда, ЧКВ или АКШ в анамнезе, по-

стоянной формы фибрилляции предсердий и наличию сахарного диабета достоверных различий между группами не было ($p > 0,05$).

При развитии ОКС на фоне подагры достоверно чаще преобладал ОКС без подъема сегмента ST по сравнению с общей когортой ОКС – 69,8% против 48,1% соответственно. Коронароангиография выполнена 90,7% больным с ОКС и подагрой, в группе ОКС этот показатель составил 79,9% ($p < 0,05$). Многососудистое поражение коронарных артерий было выявлено более, чем у трети таких пациентов: 34,9% против 12,3% в когорте ОКС ($p < 0,05$), а отсутствие гемодинамически значимых стенозов обнаружено только у 4,7% в выборке ОКС+подагра против 12,5% в общей группе, что также статистически значимо. При этом течение ОКС в группе ОКС+подагра в стационаре было более благоприятным: летальный исход произошел у 4,7% против 18,2% в общей группе больных ОКС, также в группе пациентов с подагрой было достоверно меньшее количество осложнений ($p < 0,05$).

Выводы. 1. У больных подагрой ОКС чаще развивается в трудоспособном возрасте на фоне имеющегося более высокого риска сердечно-сосудистых заболеваний. 2. У пациентов с подагрой преобладает ОКС без подъема сегмента ST. 3. У таких больных достоверно чаще выявляется многососудистое поражение коронарного русла, однако течение ОКС в остром периоде более благоприятное.

ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СТРУКТУРНО- ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕТЧАТКИ И ПОЧЕК ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ I-II СТАДИИ

Щербакова К.А., Ясеновец М.В.
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Артериальная гипертензия сопровождается развитием в большинстве органов не только макро-, но и микроваскулярных изменений. Сосуды глазного дна наиболее доступны для визуализации и оценки степени их поражения, а исследование альбуминурии и состояния выделительной функции почек, в значительной мере отражающих состояние гломерулярной микроциркуляции, характеризуется простотой и диагностической надежностью. Изучение ретинальных микрососудистых изменений и функционального состояния почек может оказать влияние в аспекте усовершенствования подходов к стратификации сердечно-сосудистого риска на инициальном этапе и в ходе терапии гипертонической болезни. В текущем исследовании изучены особенности структурно-

функционального состояния почек, сердца и сетчатки, а также направленность и значимость ассоциаций ренальных и ретинальных показателей у пациентов с неосложненной гипертонической болезнью, имеющих удовлетворительный медикаментозный контроль артериальной гипертензии по данным измерения артериального давления в офисных условиях. В процессе выполненного исследования значительно расширены представления об особенностях доклинических изменений почек и микроциркуляторного русла глазного дна при эссенциальной артериальной гипертензии независимо от гендерной принадлежности. Показано, что несмотря на достижение нормального или высокого нормального офисного уровня артериального давления в ходе комбинированной антигипертензивной терапии у пациентов с гипертонической болезнью, величины показателей, характеризующих структурно-функциональное состояние почек, сетчатки, продолжают демонстрировать достоверность различий по сравнению с идентичными показателями у лиц без анамнеза артериальной гипертензии. Достоверность корреляционных взаимосвязей альбуминурии с параметрами ретинальной микроциркуляции подчеркивает патогенетическую simultанность и реципрокность доклинических ренально-ретинальных изменений в рамках кардиоваскулярного континуума.

Подтверждена клиническая значимость комбинированной антигипертензивной терапии, основанной на фармакологической блокаде ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, у пациентов среднего возраста с гипертонической болезнью I-II стадии. Относительно других альтернативных комбинаций установлена большая польза лекарственной схемы «ингибитор ангиотензинпревращающего фермента + тиазидный/тиазидоподобный диуретик» в отношении среднесуточного уровня артериального давления и расчетной скорости клубочковой фильтрации. Показано отсутствие достоверных различий во влиянии изученных двойных лекарственных антигипертензивных комбинаций («ингибитор ангиотензинпревращающего фермента + тиазидный/тиазидоподобный диуретик», «ингибитор ангиотензинпревращающего фермента + блокатор кальциевых каналов», «блокатор рецепторов ангиотензина + тиазидный/тиазидоподобный диуретик», «блокатор рецепторов ангиотензина + блокатор кальциевых каналов») на показатели альбуминурии и микроциркуляторного русла глазного дна, которые в среднем по группе соответствовали нормальному диапазону значений на фоне проводимой терапии. Полученные данные о состоянии почек и глазного дна на фоне применения альтернативных антигипертензивных подходов могут учитываться при формировании своевременной индивидуальной траектории ведения субъектов среднего возраста с доклиническими повреждениями целевых органов.

СОЧЕТАНИЕ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА И МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

Щербанев К.Г., Грабовецкая Ю.Ю.

Областная клиническая больница,
г. Калининград

Цель. Демонстрация возможности дебюта множественной миеломы под «маской» анкилозирующего спондилита.

Введение. Анкилозирующий спондилит (далее АС) – хроническое воспалительное заболевание из группы спондилоартритов, характеризующееся обязательным поражением крестцово-подвздошных суставов и/или позвоночника с потенциальным исходом в их анкилоз, с частым вовлечением в патологический процесс энтезисов и периферических суставов. Прогрессирование заболевания в первую очередь связано с пролиферацией костной ткани (в противоположность эрозированию при ревматоидном артрите), что проявляется ростом синдесмофитов (и/или энтезофитов) и процессом анкилозирования позвоночника и суставов. Теперь обратимся к понятию миеломной болезни и определим возможные точки соприкосновения данных нозологий. Множественная миелома (далее ММ) представляет собой злокачественное лимфопролиферативное заболевание, которое характеризуется инфильтрацией костного мозга плазматическими клетками, наличием моноклонального иммуноглобулина в сыворотке крови и/или моче и остеолитическими поражениями костной ткани, что клинически проявляется болевыми синдромами, переломами костей.

Течение ММ может быть под «маской» АС, в первую очередь из-за воспалительных изменений в лабораторных показателях (СОЭ, СРБ), наличия боли в костях и суставах, которая при АС может стать не только воспалительного ритма, но и меняться за счет структурных изменений, так как развивается вторичный остеоартрит. Также оба заболевания могут иметь такое осложнение, как остеопороз, с возможными низко-энергетическими переломами.

На сегодняшний день в мировом медицинском сообществе не так много материалов о течении АС под видом ММ. Однако, есть некоторые данные и исследования о взаимосвязи данных нозологий, главным образом о том, что у пациентов с АС повышаются риски развития ММ.

Демонстрация 1-го клинического случая: Пациентка Л. 1970 г. С 1998 г. суставной синдром: симметричные артриты, скованность, ограничение движений в суставах, наблюдалась с диагнозом ревматоидный артрит, получала терапию метотрексатом 10 мг, преднизолон 15 мг в сутки, с положительным эффектом

по суставному синдрому. В течение 12 лет наблюдалась ремиссия заболевания. В 2019 г. компрессионный перелом грудного позвонка, расцененный как ГКС-индуцированный остеопороз, осложненный патологическими переломами тел Th12, L1-L2 позвонков. Получала лечение бисфосфонатами. С февраля 2020 г. отмечается усиление болей воспалительного характера, утреннюю скованность в шейном и грудном отделах позвоночника, боли в области правого ахиллова сухожилия, мигрирующие боли воспалительного характера в коленных и плечевых суставах, контрольно проводились лабораторные и инструментальные обследования: РГ костей таза – двусторонний ассиметричный сакроилиит IV ст., РГ кистей – норма, АЦЦП и РФ – отрицательные, по результатам чего в ноябре 2020 г. диагноз пересмотрен в пользу АС. В декабре 2020 г. поставлены показания для инициации ГИБТ в варианте и-ФНО Цертолизумаба пэгол 400 мг п/к 1 раз в 4 недели. На фоне терапии с декабря 2020 г. по июнь 2022 г. проводился ежемесячный контроль показателей креатинина (107-155 мкмоль/л) и общего белка (79-101 г/л). С начала 2021 г. по 2022 г. из-за частых ОРВИ корректировались сроки введения метотрексата и Цертолизумаба пэгол.

В апреле 2022 г., учитывая сочетание нетипичных оссалгий, наличие низко-энергетического перелома и перманентное повышение общего белка в крови, пациентка была осмотрена гематологом, выполнена стерильная пункция-миелограмма плазматических клеток 3%, лимфоциты 23%, ИФТ КМ – основная масса плазматических клеток обладает трансформированным фенотипом не менее 2,3% от ЯСК, диагноз – Паранепротейномический гемобластоз. В июне 2022 г. выполнена трепанобиопсия – гистологическая картина и иммунофенотип изменений в костном мозге могут соответствовать плазмноклеточной миеломе. Критериально установлен диагноз: Множественная миелома, IIIВ стадия по Durie-Salmon, диффузно-очаговая форма, секретирующая IgG/каппа, с осложнением в виде нефропатии смешанного генеза (анальгетическая, миеломная). ХБП С36 (СКФ по СКД-ЕРІ 44мл/мин/1,73 м²).

В июле 2022 г. стартовала терапия ингибитором активности протеасомы бортезомибом с неполным контролем над активностью заболевания для больной-кандидата на аутоТКМ. С февраля 2023 г. и по настоящее время получает карфилзомиб с дексаметазоном. Терапия АС редуцирована до приема НПВП в режиме по требованию.

2-ой клинический случай. Пациент З. 1990 г. С 2012 г. боли в правом коленном суставе, с присоединением в течение года синовита, терапия: топические НПВП. В 2015 году резкое ухудшение состояния, боль воспалительного ритма в спине, скованность, ограничение движений во всех отделах позвоночника, артриты, рецидивирующие синовиты коленных суставов, передний увеит ОУ. При обследовании в январе 2016 г.: НЛАВ27 «+», рентгенография таза – двусторонний сакроилиит II ст., критериально установлен

диагноз АС. Назначена терапия НПВС, сульфасалазин 3 г/сут, локальное введение Бетаметазона при синовитах. Сохранялась высокая клинико-лабораторная активность (СОЭ и СРБ более 100, появилась тенденция к повышению общего белка в крови). Определены показания для ГИБТ и в сентябре 2016 г. иницирована терапия Этанерцептом 50 мг/нед. Первично наблюдался положительный ответ по клиническим проявлениям, но с сохранением высоких значений острофазовых показателей.

В мае 2017 г. ухудшение состояния, боль воспалительного ритма в грудном отделе позвоночника, артралгии, несимметричные олигоартриты, утренняя скованность до 60 минут. При госпитализации: BASDAI 5,0, ASAS-COЭ 2.3, ASAS-СРБ 2.3, что расценено, как неэффективность терапии ингибитором ФНО-альфа (этанерцепт). Выявлено ускорение СОЭ до 60 мм/час, СРБ до 106,6 мг/л, повышение общего белка до 101 г/л, гипохромная анемия (Hb 87 г/л, ЦП 0,61, Эр. 4,3). Учитывая лабораторные данные (тромбоцитоз 864, лейкоцитоз 22,4, повышение общего белка до 101 г/л, отсутствие протеинурии в суточном анализе мочи), с целью исключения очагов патологической фиксации РФП выполнена остеосцинтиграфия: специфические очаги патологической фиксации РФП не выявлено, выраженные признаки артритов практически во всех суставах. Консультирован гематологом: наличие ММ маловероятно. В ходе обследования не получено данных о наличии системных проявлений АС. Рекомендована смена терапии ГИБП.

В 2018 г. в рамках клинического исследования иницирована терапия ингибитором IL-17 (Секукинумаб) с 16 нед. по 150 мг п/к 1 раз в месяц, с 52 недели терапии дозировка Секукинумаба увеличена до 300 мг ежемесячно. В октябре 2019 г. полиартралгии, боль воспалительного ритма в грудном отделе позвоночника, ночные пробуждения из-за болевого синдрома. В январе 2020 г. консультирован ревматологом, СРБ 107,9 мг/л, гемоглобин 68 г/л, тромбоцитоз 836, гиперпротеемия 99 г/л рекомендован прием препаратов железа 200 мг/сутки. Также в 2020 г. при минимальной травме произошел перелом головки правой большеберцовой кости, по данным денситометрии выявлен остеопороз, назначен Деносумаб 60 мг п/к 1 раз в 6 месяцев. Далее лечение ГИБП временно прекращено по парамедицинским причинам.

С апреля 2021 г. старт терапии таргетным препаратом Упадацитиниб в дозировке 15 мг, с быстрым регрессом всех клинических проявлений АС, но с сохранением высоких острофазовых показателей. В связи с анемией, сохранением высокой острофазовой активности в апреле 2022 г. выполнено иммунофенотипирование – нет четких данных за поражение периферической крови лимфолиферативным заболеванием. Осмотрен гематологом: данных за системное заболевание крови нет. Состояние расценено как гипергаммаглобулинемия в рамках системного воспалительного заболевания.

Продолжил таргетную терапию Упадацинибom под динамическим наблюдением ревматолога и гематолога с хорошим ответом по клинической картине заболевания, но с тенденцией увеличения уровня общего белка крови и острых маркеров воспаления (СОЭ, СРБ>100).

В октябре 2023 г. осмотрен гематологом федерального учреждения, по заключению: анемия носит смешанный характер (на фоне основного заболевания и вследствие железодефицита на фоне хронической кровопотери). Учитывая отсутствие парапротеина в моче, нормальные б/х показатели (Са, щелочная фосфатаза), данные ПЭТ-КТ, вероятнее всего гипергаммаглобулинемия является следствием АС и коррелирует с активностью заболевания. Учитывая высокую активность заболевания (BASDAI 5,4; ASDAS 4,91), молодой трудоспособный возраст пациента, неэффективность проводимой терапии и рецидивы увеита в анамнезе, принято решение о модификации терапии в пользу и-ФНО-альфа (Голимумаб 50 мг п/к 1 раз в 4 недели). В связи с неэффективностью и развитием нежелательных явлений от назначения БПВП принято решение воздержаться. Продолжается терапия НПВС вне зависимости от болевого синдрома.

В настоящее время пациент продолжает ГИБТ в варианте Голимумаб 50 мг 1 р/месяц, критериально данных за миеломную болезнь не выявлено, пациент продолжает динамическое наблюдение у гематолога.

Обсуждение: На начальных этапах ММ злокачественные клетки, формируясь в костном мозге, вызывают воспалительные процессы и разрушение костей ребер, позвоночника, черепа, таза, а также плечевых и бедренных костей. От начала развития опухоли до появления первых клинических проявлений ММ может пройти несколько месяцев и даже лет. Здесь стоит подчеркнуть, что клинические проявления ММ довольно разнообразны и в значительной степени они определяются степенью нарушения продукции кровяных клеток, содержанием циркулирующего М-протеина, склонностью к инфекционным осложнениям, наличием и выраженностью литических изменений в костях скелета (главным образом, плоских) и нарушением функции почек. Нужно отметить, что патологические изменения развиваются чаще всего в плоских костях (череп, ребра, грудина, кости таза, позвоночник) и значительно реже – в проксимальных отделах трубчатых костей. Это все приводит к трудностям своевременной постановки правильного диагноза для пациентов с АС ввиду перекрестных симптомов (боль в суставах и костях, нарушение функции почек при длительном применении НПВП, низко-энергетические переломы, рецидивирующие инфекции на фоне иммуносупрессивной терапии, усталость). Несмотря на то, что ММ регистрируется достаточно редко, у пациентов с АС имеется возможная патогенетическая связь. При АС постоянная ретикулоэндотелиальная стимуляция, вызванная хронической субклинической желудочно-кишечной инфекцией, может привести к активации и пролиферации IgA-продуцирующих плазматических клеток и последующему развитию IgA-миеломы.

Было высказано предположение, что длительная стимуляция иммунцитов воспалительными поражениями на поверхности слизистых оболочек желудочно-кишечного тракта, дыхательных и желчевыводящих путей, где лимфоциты уже участвуют в продукции IgA, может быть вовлечена в патогенез IgA-миеломы у некоторых пациентов. Более того, возникновение симптоматической ММ или гипергаммаглобулинемии, вероятно, связано со степенью активности воспаления при АС.

Заключение. ММ является злокачественным заболеванием плазматических клеток, тогда как АС является хроническим воспалительным заболеванием осевых суставов. Взаимосвязь между этими двумя заболеваниями неясна, но хроническое воспаление, из-за которого происходит постоянная ретикулоэндотелиальная стимуляция может привести к активации и пролиферации плазматических клеток, и в конечном итоге спровоцировать развитие ММ. Таким образом, сопутствующее возникновение АС и ММ предполагают патогенетическую связь, соответственно у пациентов с АС риски развития ММ повышаются. При этом также в рамках системных заболеваний может развиваться гипергаммаглобулинемия, способная трансформироваться в ММ.

Доступные исследования и материалы акцентируют внимание на необходимости перспективного изучения патогенетических механизмов, которые лежат в основе связи между АС и ММ, в связи с чем врачи клиницисты при обнаружении высокого уровня общего белка крови должны иметь настороженность по отношению к онкогематологическим заболеваниям.

КАК НЕ ПРОПУСТИТЬ СИСТЕМНУЮ СКЛЕРОДЕРМИЮ БЕЗ СКЛЕРОДЕРМЫ У ПАЦИЕНТА С ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ?

Юдкина Н.Н., Волков А.В.

Научно-исследовательского институт ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва

Цель. Выделить особенности течения легочной артериальной гипертензии (ЛАГ) в группе пациентов с висцеральной формой системной склеродермии (ССД).

Материал и методы. Учитывая крайнюю редкость такого варианта ССД, особенно в ассоциации с ЛАГ, в наше исследование включено 11 пациентов с достоверным диагнозом ССД по критериям ACR-EULAR 2013 года. У больных отсутствовали какие-либо признаки вовлечения в патологический процесс кожи: не выявлены отек, индурация или атрофия. ЛАГ подтверждена данными катетеризации правых отделов сердца (КПОС).

Результаты и обсуждение. У 10 из 11 пациентов ССД дебютировала с феномена Рейно (ФР), только у 1 с рецидивирующего паротита. До постановки диагноза ССД период изолированного ФР составил более 5 лет. Течение ССД имело хронический и медленно прогрессирующий характер. Учитывая скудность клинической симптоматики, у 7 из 11 пациентов диагноз ССД был предположен кардиологами лишь после выявления в крови антинуклеарных антител. Первым не-Рейно симптомом у 3-х пациентов стала гипотония пищевода, у 2-х – дигитальные язвочки, у 2-х – телеангиэктазии, а у 1-ой, что примечательно, ЛАГ. Анамнестически и на момент осмотра ни у одного больного из 11 не выявлено вовлечения кожи. При включении в исследование ФР у всех, но дигитальные язвочки и рубчики лишь у троих. У 4-х пациентов выявлялись Ro-антитела, у трех – anti-RNP-70. У 3-х из 4-х Ro-позитивных выявлен СШ. У 1-го больного с anti-RNP-70 в анамнезе нетяжелый миозит. Гипотония пищевода выявлена у 10 из 11. Одному пациенту диагностирован перекрестный синдром с ревматоидным артритом (эрозивный артрит с типичными деформациями, помимо антицентромерных антител (АЦА), положительные РФ и АЦЦП). Диагноз ССД в большинстве случаев удалось подтвердить благодаря наличию типичных для ССД изменений по капилляроскопии (100% случаев) и у 7-ми – критерияльных склеродермоспецифических АТ (АЦА). Обращает внимание, что минимальный балл для достоверности диагноза, равный 9, имелся у трех АЦА-негативных больных, у остальных превышал 9.

Выводы. Наше исследование показало, что висцеральная форма ССД отличается значительной скудностью клинической картины, и именно это затрудняет постановку диагноза. Критерии ACR-EULAR 2013 г. продемонстрировали значимое преимущество над старыми, особенно в группе ССД без привычного врачу и искомого вовлечения кожи. Это позволило рано диагностировать ССД в изучаемой группе, а значит и прогнозировать течение ЛАГ. Продолжительность жизни пациента с ЛАГ напрямую зависит от своевременности постановки диагноза ССД и назначения адекватной тяжести состояния ЛАГ-специфической терапии.

МЕСТО ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ТЕСТОВ В ОЦЕНКЕ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Юдкина Н.Н., Волков А.В.

Научно-исследовательского институт
ревматологии им. В.А. Насоновой,
Москва

Введение. Исследования последних десятилетий посвящены поиску предикторов поражения легких при

системной склеродермии (ССД), в частности изучению роли компьютерной томографии легких высокого разрешения (ВРКТ) и функциональных легочных тестов.

Материал и методы. В исследование включено 305 пациентов с ССД. По результатам обследования пациенты разделены на 3 группы: ИЗЛ-ССД (n=127), ЛАГ-ССД (n=78), ССД без ИЗЛ и ЛАГ (n=100). Согласно алгоритму Goh NS et al. (2008) в группе ИЗЛ-ССД выделено также 2 подгруппы с вовлечением более 20% объема легких (n=52) и менее 20% (n=75).

Результаты и обсуждение. В группе ИЗЛ-ССД (n=127) с подтвержденным по ВРКТ ИЗЛ, ФЖЕЛ составила 86% (67;101), ДСЛ 48% (36;63), ФЖЕЛ/ДСЛ 1,8 (1,5;2,3). В группе ССД без ИЗЛ и ЛАГ (n=100) ФЖЕЛ 105% (91;118), ДСЛ 71% (60;79), ФЖЕЛ/ДСЛ 1,5 (1,3;1,8). Среди ИЗЛ-ССД меньше 20% ФЖЕЛ 102% (88;114), ДСЛ 66% (55;69), ФЖЕЛ/ДСЛ 1,6 (1,4;1,9); больше 20% ФЖЕЛ 73% (63;89), ДСЛ 39% (27;49), ФЖЕЛ/ДСЛ 39 (27;49). Различий в ДСЛ среди больных ИЗЛ-ССД и ЛАГ-ССД не выявлено. ФЖЕЛ/ДСЛ >1.6 во всех группах, при этом 2.1 одинаково часто в группе ЛАГ-ССД и ИЗЛ-ССД с обширным поражением легких. В группе ЛАГ-ССД (n=78) с отсутствием интерстициальных изменений в легких по ВРКТ ФЖЕЛ 98% (87;108), ДСЛ 46% (34;56), ФЖЕЛ/ДСЛ 2.1 (1.7;2.8), в динамике без изменений.

Выводы. При ИЗЛ-ССД исследование ФЖЕЛ и ДСЛ является методом выбора тактики лечения на момент постановки диагноза, а для динамического наблюдения значимость подтвердила только лишь ФЖЕЛ. При ЛАГ-ССД снижение ДСЛ является предиктором летальности. Исследование исходного уровня ДСЛ должно использоваться для оценки риска смертельного исхода у пациентов с ЛАГ. Исследование ФЖЕЛ только на начальном этапе для дифференциального диагноза с ИЗЛ.

ЭФФЕКТЫ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ И NMDA-АГАНИСТОВ НА ПАЦИЕНТОВ С МОТОРНОЙ АФАЗИЕЙ ПОСЛЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Юсупов А.У.

Ургенский филиал
Ташкентской медицинской академии,
г. Ургенч, Узбекистан

Цель исследования. Моторная афазия – одно из частых последствий инсульта, эффективное лечение которого не существует. Целью данного исследования было оценить эффективность транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС) при постинсультной афазии.

Материалы и методы. Шестьдесят пять пациентов с подострой постинсультной моторной афазией были случайным образом распределены для получения мемантина или ритмической транскраниальной магнитной стимуляции (рТМС). рТМС применяли к области Бродмана 44 и 45 с использованием 1000 импульсов рТМС (1 Гц при 110% двигательного порога покоя) в течение 20 минут в день в течение 10 дней с использованием обычного метода ТМС. Центр Брока идентифицирован по протоколу нейронавигации. Второй группе больных был назначен широко применяемый препарат - Мемантин 10 мг по следующей схеме: 5 мг утром в течение 7 дней, 10 мг утром в течение 7 дней, 15 мг утром в течение 45 дней. Оценка реч с помощью шкалы Western Aphasia Battery (WABs) проводили до лечения и через сутки сразу после лечения. Статистический анализ проводился с использованием SPSS-24.0 (IBM Corp).

Результаты и обсуждение. У пациентов, получавших рТМС, наблюдалось незначительное восстановление функции реч по шкале WABs $p < 0,002$, чем у пациентов, принимавших мемантин. Также были выявлены значительные улучшения в точности и беглости названий изображений. Пациенты с мемантином имели значительно лучшие баллы по шкале понимания на слух, чем пациенты с ТМС ($p = 0,5$). Результаты показывают устойчивое улучшение речи в течение 6 месяцев после применения ТМС.

Выводы. Применение традиционной рТМС-терапии у пациентов с афазией после инсульта вызвало небольшое улучшение речевой функции по сравнению с мемантином. Ингибирующая рТМС над недоминантной областью Бродмана 44,45, по-видимому, является безопасным и эффективным методом лечения постинсультной афазии.

ИНТЕРЛЕЙКИН-6 – ВАЖНОЕ ЗВЕНО В ПАТОГЕНЕЗЕ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ПРОГРАММНЫМ ГЕМОДИАЛИЗОМ

Яковенко А.А.¹, Лаврищева Ю.В.², Сомова В.М.³

¹ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова,

²Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова,

³Городская поликлиника №48,
Санкт-Петербург

Одной из актуальных проблем современного гемодиализа является развитие белково-энергетической недостаточности (БЭН) у пациентов, получающих ле-

чение программным гемодиализом (ГД). Основными причинами БЭН, являются снижение потребления основных нутриентов, увеличение их потерь, метаболические нарушения, свойственные самой терминальной почечной недостаточности, а также влияние факторов, связанных с процедурой ГД, в частности, накопление токсической фракции пептидов средней молекулярной массы, в норме выводимой почками. Не менее важной представляется роль хронического воспаления в развитии БЭН у пациентов на ГД.

При хроническом воспалении активное воздействие на метаболизм оказывают провоспалительные цитокины, в результате чего развиваются анорексия, увеличение катаболизма как соматического, так и висцерального пула белка, нарушение взаимосвязи в системе гормона роста и инсулиноподобного фактора роста-1, увеличение расходования энергии, а также снижение содержания жировой и мышечной массы в организме.

Цель исследования. Уточнить значение интерлейкина – 6 в патогенезе белково-энергетической недостаточности у пациентов, получающих лечение программным гемодиализом.

Пациенты и методы. Обследовано 645 пациентов, получающих лечение программным гемодиализом, среди них 300 мужчин и 345 женщин в возрасте $56,8 \pm 12,8$ лет. Все больные получали лечение программным ГД в течение $8,4 \pm 5,3$ лет. Оценка нутриционного статуса с целью диагностики БЭН проводилась с помощью метода, предложенного International Society of Renal Nutrition and Metabolism (ISRNM). Определение уровня интерлейкина – 6 (IL-6) в сыворотке крови проводилось посредством метода, основанного на трехстадийном «сэндвич»-варианте твердофазного иммуноферментного анализа с применением моно- и поликлональных антител к IL-6 с использованием коммерческого набора «Интерлейкин-6-ИФА-БЕСТ», в соответствии с инструкцией производителя. Референсные значения для IL-6 составили: 0-7 пг/мл.

Результаты. Распространенность БЭН по методу ISRNM составила 24,9% (160 пациентов). Средняя концентрация интерлейкина-6 в сыворотке крови у мужчин составила $14,1 \pm 10,9$ пг/мл, у женщин $11,7 \pm 9,6$ пг/мл ($p = 0,002$). Повышенные значения уровня интерлейкина-6 в сыворотке крови были определены у 427 пациентов (66,2%), при этом статистически значимых различий в встречаемости повышенного уровня интерлейкина-6 в сыворотке крови у женщин и у мужчин выявлено не было (219 (63,48%) и 208 (69,33%), соответственно) ($\chi^2 = 2,458$, $p = 0,116$). Средние значения IL-6 у пациентов без признаков БЭН составили $6,47 \pm 2,64$ пг/мл, а у пациентов с БЭН $23,2 \pm 10,4$ пг/мл ($p < 0,001$). У пациентов с повышенным уровнем IL-6 выявлялись статистически значимо более низкие значения общего белка, альбумина, преальбумина, общего холестерина, трансферрина и уровня лимфоцитов крови, чем у пациентов с повышенным уровнем IL-6 ($p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,009$, $p < 0,0001$ и $p < 0,0001$ со-

ответственно). Также для пациентов с повышенным уровнем IL-6 были характерны статистически значимо более низкие значения индекса массы тела, массы скелетной мускулатуры, индекса массы скелетной мускулатуры ($p < 0,01$, $p < 0,0001$, $p < 0,0001$ соответственно). При проведении однофакторного логистического регрессионного анализа, в который в качестве зависимой переменной включена БЭН, определенная методом ISRNM, а в качестве независимой переменной уровень интерлейкина-6 сыворотки крови, установлено, что высокий уровень интерлейкина-6 сыворотки крови увеличивает вероятность развития БЭН, определенной методом ISRNM, в 63,4 раз ($\chi^2=244,02$, $p=0,0001$). При проведении корреляционного анализа уровня IL-6 и длительности ГД получена незначительная, но все достоверная позитивная корреляция ($R_s=0,217$, $p=0,024$). При оценке взаимосвязи адекватности дозы ГД (spKt/V) и уровня IL-6 достоверной взаимосвязи выявлено не было ($R_s=0,0002$ $p=0,99$).

Заключение. Распространенность БЭН у пациентов, получающих лечение программным ГД, по методу ISRNM составила 24,9%. Повышение уровня IL-6 в сыворотке крови может являться важным патогенетическим звеном в развитии БЭН у пациентов, получающих лечение программным гемодиализом. Увеличение длительности гемодиализной терапии сопровождается повышением уровня интерлейкина-6 сыворотки крови, что указывает на нарастание признаков хронического воспаления по мере увеличения срока заместительной почечной терапии.

НОВЫЕ ДАННЫЕ О ПАТОГЕНЕЗЕ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОДИАЛИЗОМ

Яковенко А.А.¹, Лаврищева Ю.В.²

¹ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова,

²Национальный медицинский исследовательский
центр им. В.А. Алмазова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить взаимосвязь между уровнем фактора некроза опухоли – альфа в сыворотке крови с показателями белково-энергетической недостаточности у пациентов, получающих лечение программным гемодиализом.

Пациенты и методы. Обследовано 645 пациентов, получающих лечение программным гемодиализом (ГД), среди них 300 мужчин и 345 женщин в возрасте $56,8 \pm 12,8$ лет. Все больные получали лечение программным ГД в течение $8,4 \pm 5,3$ лет. Оценка нутриционного статуса с целью диагностики белково-энер-

гетической недостаточности (БЭН) проводилась с помощью метода, предложенного International Society of Renal Nutrition and Metabolism (ISRNM). Определение уровня фактора некроза опухоли – альфа (TNF- α) в сыворотке крови проводилось посредством метода, основанного на трехстадийном «сэндвич»-варианте твердофазного иммуноферментного анализа с применением моно- и поликлональных антител к TNF- α с использованием коммерческого набора «альфа-ФНО ИФА-БЕСТ», в соответствии с инструкцией производителя. Референсные значения для TNF- α составили: 0-8,1 пг/мл.

Результаты. Распространенность БЭН по методу ISRNM составила 24,9% (160 пациентов). Средняя концентрация TNF- α в сыворотке крови у мужчин составила $13,2 \pm 9,4$ пг/мл, у женщин $10,4 \pm 8,5$ пг/мл ($p=0,001$). Повышенные значения уровня TNF- α в сыворотке крови было определено у 396 пациентов (61,4%), при этом у женщин повышение уровня TNF- α в сыворотке крови встречалось статистически значимо реже, чем у мужчин (197 (57,10 %) и 199 (66,33%), соответственно) ($\chi^2=5,770$, $p=0,016$). Средние значения TNF- α у пациентов без признаков БЭН составили $7,11 \pm 3,02$, а у пациентов с БЭН более чем в 2 раза выше – $19,5 \pm 5,9$ ($p < 0,001$). У пациентов с повышенным уровнем TNF- α в сыворотке крови выявлялись статистически значимо более низкие значения ряда основных показателей нутриционного статуса (общий белок в сыворотке крови ($p < 0,001$), альбумин в сыворотке крови ($p < 0,001$), преальбумин в сыворотке крови ($p=0,02$), трансферрин в сыворотке крови ($p < 0,001$), лимфоциты крови ($p=0,003$), общий холестерин в сыворотке крови ($p=0,04$), индекс массы тела ($p < 0,001$), окружность мышц плеча ($p < 0,01$), индекс массы скелетной мускулатуры ($p < 0,001$)) по сравнению с группой пациентов с нормальным уровнем TNF- α в сыворотке крови. При этом у пациентов с повышенным уровнем альфа-ФНО в сыворотке крови уровень СРБ статистически значимо не отличался по сравнению с пациентами с нормальным уровнем TNF- α в сыворотке крови ($p=0,243$). Также у пациентов с повышенным уровнем TNF- α в сыворотке крови уровень основных показателей жировой ткани (кожно-жировая складка над трицепсом, процент жировой массы тела по данным биоимпедансометрии, процент жировой массы тела по Durnin-Womersley) статистически значимо не отличался по сравнению с пациентами с нормальным уровнем TNF- α в сыворотке крови. Результаты непараметрического корреляционного анализа выявили отрицательные статистически значимые взаимосвязи между уровнем TNF- α в сыворотке крови и уровнем ряда основных показателей нутриционного статуса (общий белок в сыворотке крови ($R_s=-0,542$, $p < 0,001$), альбумин в сыворотке крови ($R_s=-0,763$, $p < 0,001$), преальбумин в сыворотке крови ($R_s=-0,542$, $p < 0,001$), общий холестерин в сыворотке крови, трансферрин в сыворотке крови, лимфоциты крови, индекс массы тела, окружность мышц плеча ($R_s=-0,560$, $p < 0,001$), индекс массы скелетной мускула-

туры ($R_s = -0,480$, $p < 0,001$). При этом статистически значимых взаимосвязей между уровнем альфа-ФНО сыворотки крови и уровнем основных показателей жировой ткани (кожно-жировая складка над трицепсом, процент жировой массы тела по данным биоимпедансометрии, процент жировой массы тела по Durmin-Womersley) не выявлено. Также не выявлено статистически значимых взаимосвязей между уровнем альфа-ФНО сыворотки крови и уровнем СРБ сыворотки крови ($R_s = -0,064$, $p = 0,113$). Статистически значимой взаимосвязи между уровнем $spKt/v$, у.е. и уровнем TNF- α сыворотки крови не получено ($R_s = 0,012$, $p = 0,754$). Статистически значимой взаимосвязи между уровнем TNF- α сыворотки крови и возрастом пациента не выявлено ($R_s = 0,202$, $p = 0,142$). Статистически значимой взаимосвязи между уровнем TNF- α сыворотки крови и длительностью ГД терапии не выявлено ($R_s = 0,038$, $p = 0,328$).

Заключение. Распространенность БЭН у пациентов, получающих лечение программным ГД, по методу ISRNM составила 24,9 %. Повышение уровня TNF- α в сыворотке крови может являться важным патогенетическим звеном в развитии БЭН у пациентов, получающих лечение программным гемодиализом.

АССОЦИАТИВНЫЕ СВЯЗИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЛАЗНОГО ДНА И ПОЧЕК У СРЕДНЕВОЗРАСТНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, НАХОДЯЩИХСЯ НА РЕГУЛЯРНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Ясеновец М.В.¹, Барсуков А.В.²

¹Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,

²Кардиоклиника,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Провести корреляционный анализ факторов биомаркеров поражения глазного дна и почек среди пациентов среднего возраста с неосложненной гипертонической болезнью (ГБ), регулярно получающих двойную комбинированную антигипертензивную терапию (АГТ), основанную на фармакологической блокаде ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), и имеющих офисный уровень артериального давления (АД) менее 140/90 мм рт. ст.

Материал и методы. Обследовали 87 пациентов (65 мужчин и 22 женщины, средний возраст $50,5 \pm 4,87$ лет) с ГБ I и II стадии и имевших офисный уровень АД менее 140/90 мм рт. ст. на фоне применения двойной комбинированной АГТ. Среднегрупповой офисный уровень систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД составил $134 \pm 12,3$ и $84 \pm 14,5$ мм рт. ст.

Среднесуточный уровень САД и/или ДАД составил $133 \pm 15,4$ и $83 \pm 10,2$ мм рт. ст. На протяжении предшествующих не менее 12 мес пациенты регулярно принимали антигипертензивные средства в варианте свободных или фиксированных двойных комбинаций, основанных на фармакологической блокаде РААС. У пациентов с ГБ была проведена комплексная оценка показателей системной и внутрисердечной гемодинамики, функционального состояния сетчатки и почек с применением современных лабораторных и инструментальных методов диагностики. Изучение связи между количественными показателями структурно-функционального состояния почек и сетчатки осуществляли с помощью коэффициента корреляции r Пирсона. Сильными считали корреляции при коэффициенте корреляции $r \geq 0,7$, умеренными при $r = 0,3-0,69$, слабыми при $r < 0,3$.

Результаты. Большинство изученных показателей структурно-функционального состояния сетчатки и почек у обследованных лиц находились в референсном диапазоне значений. У пациентов с гипертонической болезнью центральный венозный эквивалент сетчатки прямо коррелировал с альбумин-креатининовым соотношением ($r = 0,30$), площадь фовеальной аваскулярной зоны – с альбумин-креатининовым соотношением ($r = 0,40$), субфовеальная толщина хориоидеи – с расчетной скоростью клубочковой фильтрации по креатинину ($r = 0,45$), субфовеальная толщина хориоидеи – с ретинальным артериовенозным соотношением ($r = 0,77$), альбумин-креатининовое соотношение – с цистатином С ($r = 0,81$). Центральный артериальный эквивалент сетчатки обратно коррелировал с мочевиной сыворотки ($r = -0,37$), субфовеальная толщина хориоидеи – с креатинином сыворотки ($r = -0,36$), альбумин-креатининовое соотношение – расчетной с расчетной скоростью клубочковой фильтрации по креатинину и цистатину С ($r = -0,63$).

Заключение. Пациенты с ГБ I-II стадии без клинически значимой сопутствующей патологии, получающие комбинированную АГТ и имеющие удовлетворительный офисный контроль артериальной гипертензии, характеризуются наличием корреляционных взаимосвязей ретинальных и ренальных показателей, отражая simultанность вовлечения целевых органов при данном заболевании.

Овсянников Е.С.	9, 10, 83, 105, 106, 156, 157, 196, 197, 198, 210, 211, 212, 247, 248, 249	Пулатбекова С.У.	183	Семёнова И.Г.	204	
Однокол П.О.	242	Пулатова Ш.Б.	182	Семиголовский Н.Ю.	204	
Олесин А.И.	158	Пятница С.И.	120, 165, 167	Семьнина Е.В.	12, 205, 230, 231, 232	
Оплетаев В.Ф.	158	Р			Семьнина Н.М.	120, 165, 167
Орзиев Д.З.	159	Раимкулова Н.Р.	4	Сергеева Г.Р.	206	
Орлов И.Л.	258	Раскина Т.А.	7	Серебровская О.Л.	256, 257	
Осадчук М.А.	143	Расулев Е.Э.	4	Серегина М.С.	55	
Осипкина О.В.	137	Расулова Д.К.	153	Серигова Е.Н.	161	
Оспанов Е.Б.	148	Рачина С.А.	38, 39, 233	Сиверина А.В.	213	
Останкова Ю.В.	160, 161, 273, 274	Рачкелюк В.В.	24, 25	Сивордова Л.Е.	18, 19, 167, 180, 206	
Остапчук Е.С.	162, 163	Реброва Д.В.	184	Сидоренко М.С.	207	
Оточкин В.В.	163	Ремнев А.Г.	185, 186	Сидорчук С.Н.	209	
			Репина Ю.	187	Симион А.Ю.	210, 211, 212
			Реснянская Е.Д.	86, 87, 187, 251	Симион К.А.	210, 211, 212
			Рихау Ю.В.	111	Скирда Т.А.	174
П			Родионова А.Ю.	188	Скородумова Е.А.	129, 213, 275
Павлович И.М.	168	Родионова О.А.	189	Скородумова Е.Г.	213	
Панафидина Т.А.	113, 114, 164	Рожкова Е.С.	167	Слепцов И.В.	184	
Панина Е.В.	166	Розенгауз Е.В.	163	Смирнова А.Е.	215	
Панина О.А.	62, 120, 165, 167	Росстальная А.Л.	195	Смирнов А.В.	36, 110	
Папичев Е.В.	18, 19, 167, 180, 206	Рубинский А.В.	194	Смирнова М.А.	259	
Парцерняк А.С.	168	Рубинштейн А.А.	66, 190	Смирнова М.П.	117, 216	
Пелех Д.М.	169	Рукша Е.С.	191	Смирнов В.В.	214	
Первак М.Б.	170	Русакова В.А.	191	Соболева А.А.	55	
Первунинская М.А.	171	Русаков В.Ф.	184	Соболев А.В.	43	
Передельский Е.В.	130	Русанова О.А.	89, 192, 218	Соболев А.Д.	258	
Перцев А.В.	53, 54, 68, 69, 75, 173, 177, 178	Русских И.И.	223	Собченко С.А.	88	
Першина Е.И.	204	Рыков М.Ю.	76, 77, 79, 144, 207	Совпель Я.А.	24	
Петрова М.О.	173	Рябкова В.А.	194	Соколова К.С.	239	
Петрова М.С.	174, 258	Рябков Е.Н.	193	Соловьева М.В.	217	
Петухова А.А.	175	С			Сомова В.М.	280
Повзун А.С.	176	Сабиров Д.М.	195	Сотников А.В.	58	
Повзун К.А.	176	Саблина А.О.	8	Соцкая Я.А.	37, 81	
Погорелов М.Д.	177, 178	Савина Л.И.	56	Спицина С.С.	28, 89, 145, 192, 218	
Поддубная Т.Б.	100	Савинцев Н.Л.	242	Старовойтова М.Н.	52, 70, 218	
Пожидаев Е.В.	139	Савушкина И.А.	9, 10, 196, 197, 198	Старшова А.В.	220	
Позднякова О.Ю.	18	Савушкина Н.М.	103, 199, 222	Степанов М.С.	221	
Позняк А.Л.	209	Садыхова Н.Р.	200	Столов С.В.	188	
Поланцевич В.Ю.	179	Сайтгалина М.А.	200, 201, 203	Стома И.О.	137	
Полещук Н.Н.	15	Саламех К.А.	264	Сторчак Е.О.	151	
Полотова С.А.	93	Салимова Н.Д.	224	Стребкова Е.А.	103, 199, 222, 227	
Полякова Ю.В.	18, 19, 167, 180, 206	Самаркина Е.Ю.	103, 119	Суджаева О.А.	223	
Пономарева Е.Ю.	157	Самков А.А.	174	Сулейманова Р.Т.	65	
Попель О.Н.	223	Самохвалова Н.А.	111	Султанова М.Х.	224, 253	
Попкова Т.В.	57, 58, 113, 114, 164	Сафарова С.	90	Супрун О.Е.	24	
Прибылова Н.Н.	181	Сахарова К.В.	8, 119, 202	Сучков В.Н.	225	
Прибылов В.С.	181	Свистун О.В.	203	Т		
Прибылов С.А.	181	Седых А.В.	203	Танрыбердиева Т.О.	226, 227	
Пужалов И.А.	58	Селиванов Ф.О.	82	Тарноружская А.В.	256	
				Таскина Е.А.	103, 199, 222, 227	
				Тасыбаев Б.Б.	58	

Татарина Д.Е.	250
Тахиров А.У.	195
Ташпулатова М.М.	228, 229
Тедеев Т.Г.	241
Титова Д.О.	266
Тихонович Э.Л.	137
Токарев С.А.	230
Токмачев Е.В.	12, 205, 230, 231, 232
Токмачев Р.Е.	12, 205, 230, 231, 232, 260, 261
Толибов Д.С.	267
Тополянская С.В.	38, 39, 233, 234, 235
Топчиева Л.В.	17, 45, 137
Тремаскина П.О.	8, 236, 237
Третьякова Н.С.	267
Троицкая Н.И.	237
Трофименко А.С.	28, 89, 145, 192, 218
Трофимов В.И.	194
Трофимов Е.А.	271
Тряпицын А.В.	239
Турсунова Л.Д.	183, 240, 241
Тюрюпов М.С.	241, 242

У

Убушеева Р.Г.	6, 243
Узоков Ж.К.	159
Улюкин И.М.	244
Уракова З.У.	146, 245
Усанина А.Н.	151
Усманов М.М.	245
Усова Т.В.	39
Учеваткина А.Е.	43, 121

Ф

Фартуков А.В.	185, 186
Фатенко А.С.	246
Федорова М.А.	40
Федоров Е.А.	184
Федуличев П.Н.	247
Фейгельман С.Н.	247, 248, 249
Феоктистова В.С.	187, 251
Филимонова О.Г.	250
Филипович Е.К.	251
Филиппкина Т.Ю.	169
Филиппова Л.В.	43, 121
Филоненко Е.П.	175
Фомина И.Р.	251
Фролова Е.В.	41, 43, 121

Х

Хакимов Д.Р.	133
Хальметова А.Р.	199, 222
Хамраев А.А.	252
Хан С.О.	38, 39, 234, 235
Хан Т.А.	4
Харнуртова И.И.	100
Хващевская Г.М.	187
Хелковская-Сергеева А.Н.	52, 112, 253
Хидоятова М.Р.	224, 253, 269
Хичина Н.С.	113
Хлямов С.В.	254
Холматова К.К.	255
Хоманов К.Э.	256, 257
Хорликова О.А.	251

Ц

Цинзерлинг А.Ю.	258
Цуканова И.В.	206

Ч

Чепракова В.А.	58
Черкасова М.В.	202
Черкашин Д.В.	258
Чернавский С.В.	259
Черников Р.А.	184
Черник Т.А.	260, 261
Чехуга Е.С.	262
Чижов П.А.	117, 216
Чинчук И.К.	184
Чурилов Л.П.	194

Ш

Шаймуратов Р.И.	263
Шакирова Г.Р.	263
Шалькевич Л.В.	122, 126
Шамсудинов Р.Ш.	35
Шамсутдинова Н.Г.	4
Шаповалова А.Б.	265, 266
Шаповалова И.А.	84, 264
Шарабханов В.В.	130
Шарапова Е.П.	103, 199, 222
Шарапов З.А.	3
Шарова Н.В.	258
Шафорост А.С.	137
Шахбазян А.В.	267
Шаяхметова Р.У.	52, 253

Шиповская А.А.	45, 268
Ширанова Ш.А.	269
Шихмагомедов Ш.Ш.	184
Шишкин А.Н.	108, 270
Шокиров Ш.Ш.	6, 267
Шохин А.А.	271
Шукуров И.Б.	272
Шуленин К.С.	258
Шульга Е.В.	179
Шумилова А.Н.	162

Щ

Щемелева Е.В.	176, 275
Щемелев А.Н.	273, 274
Щербакова К.А.	275
Щербанев К.Г.	276
Щукина О.Б.	66

Э

Эгамова Ш.Ф.	245
Эрдес Ш.Ф.	8, 119, 202

Ю

Юдкина Н.Н.	278, 279
Юсупов А.У.	279

Я

Якимова Е.А.	116
Якимович С.Е.	147
Яковенко А.А.	280, 281
Яковлева Е.В.	73
Якубова М.М.	6
Янгибоев А.К.	146
Янгуразова А.Р.	4
Яровенко И.И.	63
Ясеновец М.В.	275, 282
Яхшиева М.Ф.	272
Яцкевич Н.В.	15

СОДЕРЖАНИЕ

<p>ЦИТОКИНЫ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ Абдуазизова Н.Х. 3</p>	<p>ВНЕШНИЕ СХОДСТВА И РАЗЛИЧИЯ КОКСИТА ПРИ СПОНДИЛОАРТРИТАХ – ЭТО ЛИШЬ ВИДИМОСТЬ? Агафонова Е.М., Дубинина Т.В., Дёмина А.Б., Губарь Е.Е., Логинова Е.Ю., Сахарова К.В., Саблина А.О., Андриянова И.А., Воробьева Л.Д., Трemasкина П.О., Эрдес Ш.Ф., Кортаева Т.В. 8</p>
<p>ВЛИЯНИЕ МЕТОТРЕКСАТА НА ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ У БОЛЬНЫХ, РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 Абдуазизова Н.Х., Алиева К.К., Шарапов З.А. 3</p>	<p>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПРИ КОИНФЕКЦИИ ВИЧ И ГЕПАТИТ «С» В ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ФСИН Аксёнова К.И., Боровицкий В.С. 8</p>
<p>ОЦЕНКА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА Абдулганиева Д.И., Шамсутдинова Н.Г., Мясоутова Э.Р., Купкенова Л.М., Янгуразова А.Р. 4</p>	<p>КАРБОКСИПЕПТИДАЗА А3 В СТРУКТУРЕ ПРОТЕАЗНОГО ПРОФИЛЯ ТУЧНЫХ КЛЕТОК ПРИ COVID-19 Алексеева Н.Г., Овсянников Е.С., Савушкина И.А. 9</p>
<p>О КОМПЛЕКСНОМ ПОДХОДЕ К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА Абдуллаев А.Х., Алиахунова М.Ю., Раимкулова Н.Р., Расулев Е.Э., Хан Т.А. 4</p>	<p>ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ Алексеева Н.Г., Овсянников Е.С., Савушкина И.А. 9</p>
<p>РАННИЙ ОСТЕОАРТРИТ И КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ Абдураззакова Д.С., Алиева К.К., Матчанов С.Х. 5</p>	<p>ИССЛЕДОВАНИЕ КАРБОКСИПЕПТИДАЗЫ А3 В ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЯХ КРОВИ, ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 Алексеева Н.Г., Овсянников Е.С., Савушкина И.А. 10</p>
<p>КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ СНА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ Абзалова М.Б., Якубова М.М., Нишонов Ю.У., Шокиров Ш.Ш. 6</p>	<p>НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ СУСТАВНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ТОФУСНОЙ ПОДАГРОЙ Алиева К.К., Ахмедова Н.А., Абдураззакова Д.С. 11</p>
<p>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ СЕРОНЕГАТИВНОЙ ЦЕЛИАКИИ У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА Абрамова А.Н., Козлова Н.М., Убушеева Р.Г., Булгатова Л.А. 6</p>	<p>АМБУЛАТОРНЫЙ ПРОФИЛЬ ГЛЮКОЗЫ У ЛИЦ С ПРЕДИАБЕТОМ ПО ДАННЫМ НЕПРЕРЫВНОГО ФЛЕШ-МОНИТОРИНГА Анмут В.М. 11</p>
<p>ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ЛИЦ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ Аверкиева Ю.В., Летаева М.В., Мальшенко О.С., Королева М.В., Раскина Т.А. 7</p>	

<p>ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ Анненкова А.В., Семьнина Е.В., Токмачев Р.Е., Токмачев Е.В.</p>	12	<p>ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ КОНЦЕНТРАЦИЕЙ ФЕТУИНА-А И МАРКЕРАМИ КОСТНОЙ ДЕСТРУКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОЗОМ НА ФОНЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА Ахвердян Ю.Р., Папичев Е.В., Заводовский Б.В., Полякова Ю.В., Сивордова Л.Е.</p>	18
<p>ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Ансарова А.А.</p>	12	<p>ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ НАЛИЧИЕМ ФАКТОРОВ РИСКА И РАЗВИТИЕМ ОСТЕОПОРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Ахвердян Ю.Р., Папичев Е.В., Полякова Ю.В., Сивордова Л.Е., Заводовский Б.В.</p>	19
<p>ЗНАЧЕНИЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА В ПРОГНОЗЕ НА ЛЕЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ НЕФРОПАТИЙ Антонович М.Н.</p>	13	<p>КОМОРБИДНОСТЬ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ПЕРВИЧНЫХ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ Ахмедова К.Н., Мирзаева Л.М.</p>	20
<p>АНАЛИЗ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ С ФИБРОЗОМ ПЕЧЕНИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ Антюх К.Ю., Григоренко Е.А., Митьковская Н.П.</p>	14	<p>ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ IT В СИСТЕМЕ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ Ахмедова Н.А., Алиева К.К.</p>	21
<p>ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С МИКОБАКТЕРИОЗОМ ЛЕГКИХ Апанасевич Т.О.</p>	14	<p>СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА: МНОГООБРАЗИЕ ФОРМ И ВАРИАНТОВ ТЕЧЕНИЯ Ахмедова Н.А., Валижонов А.Ф., Валижонова Ш.А., Курбонкулов А.А.</p>	22
<p>ИДЕНТИФИКАЦИЯ ВОЗБУДИТЕЛЯ (Mycobacterium tuberculosis) С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АТОМНО-СИЛОВОЙ МИКРОСКОПИИ Асташонок А.Н., Полещук Н.Н., Яцкевич Н.В.</p>	15	<p>НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Ахмедова Ш.У., Ахмедова Ш.А.</p>	23
<p>УРОВЕНЬ ЭКСПРЕССИИ ГЕНОВ ENTPD1, NT5E, ADORA2A, FOXR3 И RORγt В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ НА ФОНЕ ПРИЕМА ПРЕДНИЗОЛОНА Аторин Д.А., Жулай Г.А., Топчиева Л.В., Курбатова И.В., Дуданова О.П.</p>	17	<p>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ПРОТРОМБОТИЧЕСКИХ БИОМАРКЕРОВ У БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕАТОГЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Багрий А.Э., Никулин И.Ю., Ефременко В.А., Рачкелюк В.В., Совпель Я.А.</p>	24
<p>ПАНДЕМИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ: ОПЫТ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА Афанасьев Н.Е., Позднякова О.Ю., Кошель Т.Е.</p>	18		

<p>КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С КОМБИНАЦИЕЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА Багрий А.Э., Евтушенко А.А., Михайличенко Е.С., Ефременко В.А., Супрун О.Е., Андреева Е.А. 24</p>	<p>АНАЛИЗ БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЯЮЩИХСЯ ПРИ ОСТЕОПОРОЗЕ Бейтуллаев А.М., Егорова Е.А., Матвеев А.В. 30</p>
<p>ОЦЕНКА ЛИПИДНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА Багрий А.Э., Андрусак А.Ю., Михайличенко Е.С., Рачкелюк В.В., Евтушенко А.А. 25</p>	<p>ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫЙ ХОЛЕСТАЗ БЕРЕМЕННЫХ И ТЯЖЕЛАЯ СОПУТСТВУЮЩАЯ ДЕПРЕССИЯ Беккер Р.А., Быков Ю.В. 31</p>
<p>ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ТЕРАПИИ РИФАКСИМИНА-α НА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С МИНИМАЛЬНОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ И ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ В ТЕЧЕНИЕ 12 МЕСЯЦЕВ НАБЛЮДЕНИЯ Бакулин И.Г., Иванова К.Н. 26</p>	<p>ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ С ДЛИТЕЛЬНОЙ ПЕРСИСТЕНЦИЕЙ АНТИГЕНА SARS-COV-2 Беккер Р.А., Быков Ю.В. 32</p>
<p>ГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ЭПИГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В РАЗВИТИИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ К МЕТОТРЕКСАТУ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Балан О.В., Мальшева И.Е., Марусенко И.М., Барышева О.Ю. 27</p>	<p>ПОСТИНФАРКТНАЯ ДЕПРЕССИЯ: ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ Беккер Р.А., Быков Ю.В. 33</p>
<p>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНАКТИВИРОВАННОЙ ТРЕХВАЛЕНТНОЙ ГРИППОЗНОЙ СПЛИТ-ВАКЦИНЫ У БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ Баранова М.М., Муравьева Н.В., Белов Б.С. 28</p>	<p>НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Беляева Е.Л. 33</p>
<p>ГЕНЕРАЦИЯ ВНЕКЛЕТОЧНЫХ ЛОВУШЕК ЦИРКУЛИРУЮЩИМИ МОНОЦИТАМИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Бедина С.А., Мозговая Е.Э., Спицина С.С., Мамус М.А., Трофименко А.С. 28</p>	<p>КТ-КОРОНАРОГРАФИЯ И ЕЕ РОЛЬ В СНИЖЕНИИ СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ Бенян А.С., Гомжина А.В., Дупляков Д.В., Адамян М.Ю., Бенян С.А. 34</p>
<p>СОЧЕТАНИЕ ДЕПРЕССИИ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Бейлина Н.И. 29</p>	<p>ТЕЛЕМЕДИЦИНА КАК ФАКТОР ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ МЕЖДУ ПЕРВИЧНЫМ И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫМ ЗВЕНЬЕВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ Бенян А.С., Золотарев П.Н., Ефимов Е.В., Шамсудинов Р.Ш., Бенян С.А. 35</p>
	<p>РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ БЛОКАТОРОМ КО-СТИМУЛЯЦИИ Т-ЛИМФОЦИТОВ (АБАТАЦЕПТ) Борисова М.А., Лукина Г.В., Лучихина Е.Л., Каратеев Д.Е., Смирнов А.В., Аронова Е.С., Глухова С.И., Насонов Е.Л. 36</p>

<p>ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОГРАММЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ИММУНОСУПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ ПРИ КОИНФЕКЦИИ: ТУБЕРКУЛЕЗ, ВИЧ И ГЕПАТИТ «С» В ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ФСИН Боровицкий В.С., Аксёнова К.И. 37</p>	<p>АТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОДАГРИЧЕСКИХ ТОФУСОВ – МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА Вакуленко А.С., Мельникова М.А., Нестерович И.И. 42</p>
<p>ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ С СОПУТСТВУЮЩИМ ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И ОЖИРЕНИЕМ ПОД ВЛИЯНИЕМ ПРЕДЛОЖЕННОЙ ТЕРАПИИ Бровко Ю.И., Соцкая Я.А. 37</p>	<p>ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕАТИТА ПРИ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ Валижонов А.Ф., Ахмедова Н.А., Валижонова Ш.А. 43</p>
<p>ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С БОЕВЫМИ ТРАВМАМИ КОНЕЧНОСТЕЙ Бубман Л.И., Тополянская С.В., Карпов В.В., Молочников А.Ю., Нечаев А.И., Хан С.О., Рачина С.А., Лыткина К.А., Мелконян Г.Г. 38</p>	<p>ТЕСТ АКТИВАЦИИ БАЗОФИЛОВ В ДИАГНОСТИКЕ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ К ALTERNARIA ALTERNATA У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ Васильев Н.Ю., Фролова Е.В., Учеваткина А.Е., Филиппова Л.В., Соболев А.В., Козлова Я.И., Васильева Н.В. 43</p>
<p>МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ РАН У ПАЦИЕНТОВ С БОЕВЫМИ ТРАВМАМИ КОНЕЧНОСТЕЙ Бубман Л.И., Тополянская С.В., Гладких М.А., Усова Т.В., Карпов В.В., Хан С.О., Молочников А.Ю., Нечаев А.И., Рачина С.А., Лыткина К.А., Мелконян Г.Г. 39</p>	<p>ИЗУЧЕНИЕ ХАРАКТЕРА НАРУШЕНИЙ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧИВШИХ КУРС МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ Васильева В.А., Марченкова Л.А. 44</p>
<p>КОРРЕЛЯЦИЯ УРОВНЯ ОЛИГОМЕРНОГО МАТРИКСНОГО БЕЛКА ХРЯЦА (ОМБХ) С КЛИНИЧЕСКИМИ, РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ И ЛАБОРАТОРНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ Буранова С.Н., Ахмедов Х.С. 40</p>	<p>ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ КУРСА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ Васильева В.А., Кончугова Т.В., Апханова Т.В. 44</p>
<p>КУРЕНИЕ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА (ДИНАМИКА ЗА 15 ЛЕТ) Булина П.А., Леонова И.А., Беляева Е.Л., Федорова М.А. 40</p>	<p>УРОВЕНЬ ТРАНСКРИПТОВ dnRNK NOTA1R В ЛЕЙКОЦИТАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С РАННИМИ ФОРМАМИ НАЖБП Васильева А.В., Курбатова И.В., Топчиева Л.В., Дуданова О.П., Шиповская А.А. 45</p>
<p>АУТОИММУННАЯ ФОРМА ХРОНИЧЕСКОЙ СПОНТАННОЙ КРАПИВНИЦЫ Бурьгина Е.В., Козлова Я.И., Фролова Е.В. 41</p>	<p>СТИМУЛЯЦИЯ ЗРИТЕЛЬНО-ПРОСТРАНСТВЕННЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ДЦП, СПАСТИЧЕСКАЯ ДИПЛЕГИЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ ЗАНЯТИЙ НА РОБОТИЗИРОВАННОМ КОМПЛЕКСЕ «ЭКЗОКИСТЬ-2» В СОЧЕТАНИИ С САНАТОРНО-КУРОРТНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ Власенко С.В. 46</p>

РЕЗУЛЬТАТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ Волжанина Н.С., Горшенин Т.Л.	47	ВЗАИМОСВЯЗЬ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ И ОТВЕТ НА АНТИ-В-КЛЕТОЧНУЮ ТЕРАПИЮ Гарзанова Л.А., Ананьева Л.П., Конева О.А., Овсянникова О.Б., Старовойтова М.Н., Десинова О.В., Шаяхметова Р.У., Хелковская-Сергеева А.Н.	52
ВЛИЯНИЕ АКСИАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ НА ОЦЕНКУ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПО МНЕНИЮ ПАЦИЕНТА Воробьева Л.Д., Коротаева Т.В., Логинова Е.Ю., Губарь Е.Е., Корсакова Ю.Л.	47	ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РАДИАЦИОННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ФУНКЦИЮ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПРЕНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА Главатских Ю.О., Механтьева Л.Е., Енин А.В., Перцев А.В.	53
ИЗУЧЕНИЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ Ганиева Н.А., Джураева Э.Р., Зияева Ф.К., Бердиева Д.У.	48	ВЛИЯНИЕ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА КОГНИТИВНЫЙ СТАТУС И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНУЮ СФЕРУ ЖЕНЩИН Главатских Ю.О., Деряева О.Г., Перцев А.В., Деряева А.Г.	54
РОЛЬ ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 В РАЗВИТИИ ПОРАЖЕНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ Ганиева Н.А., Джураева Э.Р., Бердиева Д.У.	49	ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ. КАК ДИАГНОСТИРОВАТЬ? Главатских Ю.О., Перцев А.В.	54
РОЛЬ ИНФЕКЦИОННЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ УЗЛОВОЙ ЭРИТЕМЫ Ганиева Н.А., Мухиддинова С.М., Джураева Э.Р., Исраилов А.А.	49	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОЦЕНКИ РИСКА ПЕРЕЛОМОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КАЛЬКУЛЯТОРА FRAX В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ Гладкова Е.Н., Серегина М.С., Соболева А.А.	55
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МРТ-ВЕРИФИЦИРОВАННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ АТЛАНТОАКСИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ Гараева А.Р., Лапшина С.А., Габдуллина З.Н., Заманова Э.С., Абдулганиева Д.И.	50	ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СРЕДОВЫХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В СТОЛИЧНОМ МЕГАПОЛИСЕ Глебов В.В.	56
ТРУДНОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С УСТАНОВЛЕННЫМ ПЕРЕКРЕСТНЫМ СИНДРОМОМ В ВИДЕ СОЧЕТАНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ И СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ Гаранина Ю.Е., Давыдов Д.А., Бручкус Е.А., Нестерович И.И.	51	АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДОЛГОЖИТЕЛЯМ Гопаенко В.В., Гугалев Г.С., Горшенин Т.Л., Завгородний И.И., Савина Л.И.	56
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИ-В-КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ С НАЧАЛОМ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ 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.	52	УРОВЕНЬ РАСТВОРИМОГО ST-2 В СЫВОРОТКЕ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Горбунова Ю.Н., Кириллова И.Г., Попкова Т.В., Диатроптов М.Е., Насонов Е.Л.	57

<p>СЫВОРОТОЧНЫЕ БИОМАРКЕРЫ И СУБКЛИНИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Горбунова Ю.Н., Кириллова И.Г., Попкова Т.В., Авдеева А.С., Насонов Е.Л. 58</p>	<p>ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ФИЗИОТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ Гусейнов Н.И., Мехтиев П.С., Ахмедова Н.М., Алиева З.Г., Акберов А.М. 64</p>
<p>ИЗУЧЕНИЕ ЗНАЧИМОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ОСНОВНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ДЛЯ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ Гордиенко А.В., Сотников А.В., Пужалов И.А., Тасыбаев Б.Б., Чепракова В.А. 58</p>	<p>ЛОКАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЛЬМАРНОГО ФАСЦИИТА У БОЛЬНЫХ С ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ Гусейнов Н.И., Мехтиев П.С., Ахмедова Н.М., Алиева З.Г., Акберов А.М., Сулейманова Р.Т. 65</p>
<p>ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННОГО КАРДИОГЕННЫМ ШОКОМ, У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Гордиенко А.В., Лиходкин В.А., Куликов Д.Р. 59</p>	<p>ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАФТАЛАНОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛИТОМ Гусейнов Н.И., Мехтиев П.С., Ахмедова Н.М., Алиева З.Г., Акберов А.М. 66</p>
<p>МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ Григорьева Н.Ю. 60</p>	<p>ИССЛЕДОВАНИЕ ТОЛЩИНЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ГЛИКОКАЛИКСА У ПАЦИЕНТОВ С АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА Давыдов Д.А., Марченко В.Н., Щукина О.Б., Лапин С.В., Кузнецова Д.А., Лозовая Т.А., Малахова З.Л., Рубинштейн А.А., Власов Т.Д. 66</p>
<p>ОСОБЕННОСТИ КУРАЦИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА В Гриднева Г.И. 61</p>	<p>ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СИНОВИИ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С КЛИНИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ЗАБОЛЕВАНИЯ Данилова А.Н. 67</p>
<p>ИСТОРИЧЕСКОЕ НАСЛЕДИЕ С.П. БОТКИНА Гриднева Л.Г., Крючкова А.В., Панина О.А., Гриднев Ю.В., Быков Ф.С. 62</p>	<p>КОМОРБИДНОЕ ТЕЧЕНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Данилова А.Е., Перцев А.В., Главатских Ю.О. 68</p>
<p>НЕВСАСЫВАЮЩИЕСЯ (КИШЕЧНЫЕ) АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ: СПЕКТР ПРИМЕНЕНИЯ АЛЬФАКСИМА Гриневиц В.Б., Яровенко И.И., Конюхова Н.В. 63</p>	<p>ОЦЕНКА СТРУКТУРЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖИТЕЛЕЙ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ Данилова А.Е., Перцев А.В., Главатских Ю.О. 69</p>
<p>ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА Гульнева М.Ю. 64</p>	<p>ОЦЕНКА СТРУКТУРЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖИТЕЛЕЙ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ Данилова А.Е., Перцев А.В., Главатских Ю.О. 69</p>

ПРЕИМУЩЕСТВЕННОСТЬ МЕЖДУ СТАЦИОНАРНЫМ ОТДЕЛЕНИЕМ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКИМИ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯМИ Денчик А.В., Беньян А.С., Акопян А.Б. 69	КЛЕТОЧНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ Долгополов И.С., Рыков М.Ю. 77
ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ Десинова О.В., Старовойтова М.Н. 70	НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С «LONG-COVID-19» СИНДРОМОМ И МЕТОДЫ КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ИХ КОРРЕКЦИИ Долгополов И.С., Рыков М.Ю. 79
ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА D НА ТЯЖЕСТЬ РАННИХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА И УРОВЕНЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ Джеломанова С.А., Лесниченко Д.А., Майлян Э.А. 72	ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ Долгополова Е.В., Соцкая Я.А. 81
АМИЛОИДОЗ СЕРДЦА: ПРИЧИНЫ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ) Дзюбан А.М., Волошинова Е.В., Яковлева Е.В. 73	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ Дорогова Э.А., Селиванов Ф.О., Летаева М.В. 82
РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ МОНИТОРИРОВАНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА Дикарева Е.А., Близи́в П.Р. 74	ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МАРКЕРОВ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Дробышева Е.С., Овсянников Е.С., Дробышева В.Р. 83
ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Долгих А.О., Перцев А.В., Главатских Ю.О. 75	ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИСФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ Дробышева Е.С., Овсянников Е.С., Дробышева В.Р. 83
ВЕГЕТАТИВНЫЙ ДИСБАЛАНС ПРИ ГИПЕРУРИКЕМИИ У МУЖЧИН С ОЖИРЕНИЕМ Долгов Н.В., Красивина И.Г. 75	ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФАГОЦИТАРНОЙ АКТИВНОСТИ МАКРОФАГОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С, СОЧЕТАННЫМ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ Дубоделова Т.Н., Шаповалова И.А. 84
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННОЙ ИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ: ОПРАВДАНО ЛИ СЛЕДОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ? Долгополов И.С., Рыков М.Ю. 76	ГИПОАЛЬБУМИНЕМИЯ И СИСТЕМНЫЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ОТВЕТ ПРИ ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ АЛКОГОЛЬНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ Дуданова О.П., Лебедева Э.В., Малинина Е.А. 85

<p>АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЖЕНЩИН, РАБОТАЮЩИХ В СУДОСТРОИТЕЛЬНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ Дыбина Н.В., Колобова Н.А. 86</p>	<p>КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И КОМОРБИДНОСТЬ РОЗАЦЕА В УСЛОВИЯХ СЕВЕРНОГО РЕГИОНА Ефанова Е.Н., Нелидова Н.В. 91</p>
<p>ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ВНУТРИГОСПИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ТАКОЦУБО Евдокимов Д.С., Реснянская Е.Д., Болдуева С.А. 86</p>	<p>КОМОРБИДНОСТЬ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ ПРИ ПУЗЫРЧАТКЕ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРНОГО РЕГИОНА Ефанова Е.Н., Нелидова Н.В. 91</p>
<p>ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ТАКОЦУБО В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АНАТОМИЧЕСКОГО ВАРИАНТА ЗАБОЛЕВАНИЯ Евдокимов Д.С., Реснянская Е.Д., Болдуева С.А. 87</p>	<p>АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ СОЧЕТАННОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ Жеглова А.В., Лапко И.В. 92</p>
<p>ВЛИЯНИЕ ФАКТОРА ОБУЧЕНИЯ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДОЛГОСРОЧНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В УСЛОВИЯХ АСТМА ШКОЛЫ Евтюшкина С.Н., Собченко С.А. 88</p>	<p>КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АУТОАНТИТЕЛ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ Зарипов С.И., Абдурахманова Н.М., Полотова С.А. 93</p>
<p>ВЛИЯНИЯ ОБУЧЕНИЯ, ВВЕДЕННОГО В ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ПРИ ДОЛГОСРОЧНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ БА В УСЛОВИЯХ АСТМА ШКОЛЫ, НА ИХ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ Евтюшкина С.Н., Собченко С.А. 88</p>	<p>РЕДКИЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ СИСТЕМНОГО АА – АМИЛОИДОЗА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ) Зайченко Т.И., Волошинова Е.В. 94</p>
<p>ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ АНТИТЕЛ К ЦЕРУЛОПЛАЗМИНУ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С АКТИВНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ Емельянова О.И., Русанова О.А., Спицина С.С., Трофименко А.С., Емельянов Н.И. 89</p>	<p>ОСТРАЯ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ: ВКЛАД МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ КОМОРБИДНОСТИ Захаров Ю.В., Давыдов С.И., Бабаева А.Р. 95</p>
<p>НАРУШЕНИЕ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И ГИПЕРАММОНИЕМИЯ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОМ СТЕАТОГЕПАТИТЕ С НАЧАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ И ИХ КОРРЕКЦИЯ Ермолова Т.В., Ермолов С.Ю., Беляева Е.Л., Сафарова С. 90</p>	<p>ВАРИАНТ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ МИОКАРДИТА ПОД МАСКОЙ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА Захарова О.В. 96</p>
<p>НАРУШЕНИЕ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И ГИПЕРАММОНИЕМИЯ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОМ СТЕАТОГЕПАТИТЕ С НАЧАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ И ИХ КОРРЕКЦИЯ Ермолова Т.В., Ермолов С.Ю., Беляева Е.Л., Сафарова С. 90</p>	<p>ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЛЕЙКОЗАМИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКА Зверева О.Н. 97</p>
<p>НАРУШЕНИЕ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И ГИПЕРАММОНИЕМИЯ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОМ СТЕАТОГЕПАТИТЕ С НАЧАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ И ИХ КОРРЕКЦИЯ Ермолова Т.В., Ермолов С.Ю., Беляева Е.Л., Сафарова С. 90</p>	<p>ГЕМОБЛАСТОЗЫ У СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЕВРОПЕЙСКОГО СЕВЕРА Зверева О.Н. 97</p>

ЛЕЙКОЗЫ И НЕХОДЖКИНСКИЕ ЛИМФОМЫ У НАСЕЛЕНИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО РАЙОНА АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ Зверева О.Н.	98	ОПЫТ УСПЕШНОЙ ИНИЦИАЦИИ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРОМ ИНТЕРЛЕЙКИНА-17А У БОЛЬНОГО С АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ НА ФОНЕ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ Ким А.А., Давыдов Д.А., Бручкус Е.А., Нестерович И.И.	104
ДИНАМИКА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ У ПАЦИЕНТОВ С МИНИМАЛЬНОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ И ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ТЕРАПИИ РИФАКСИМИНОМ-α В ТЕЧЕНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ НАБЛЮДЕНИЯ Иванова К.Н., Бакулин И.Г.	98	АНАЛИЗ ФАКТОРОВ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА Китоян А.Г., Овсянников Е.С.	105
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА В 2023 ГОДУ Кароль Е.В., Жукова О.А., Галабуева М.С., Харнутова И.И., Поддубная Т.Б.	100	РОЛЬ ТУССОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ РЕФЛЮКС-ИНДУЦИРОВАННОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ Китоян А.Г., Овсянников Е.С.	106
ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2021-2023 ГОДАХ Кароль Е.В., Богачева Ю.Л., Ионова Е.Б., Долгая А.К., Макарова В.И.	101	ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КАПНОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ОПЕРИРОВАННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ Китоян А.Г., Овсянников Е.С.	106
КОВИД (SARS-COV-19), ЛОНГ-КОВИД, ПОСТКОВИД: ПОДВЕДЕМ ИТОГИ АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ Катюхин В.Н.	102	НАРУЖНАЯ ТЕРАПИЯ АКНЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ БАКТЕРИОФАГОВ Ключарева С.В., Белова Е.А., Нечаева О.С., Аколова С.А.	107
ВЗАИМОСВЯЗЬ ВИТАМИНА Д И ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ (СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЛАБОРАТОРНО- ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА) Кашеварова Н.Г., Алексеева Л.И., Таскина Е.А., Стребкова Е.А., Шарапова Е.П., Савушкина Н.М., Михайлов К.М., Глухова С.И., Алексеева О.Г., Кудинский Д.М., Самаркина Е.Ю.	103	ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ОЖИРЕНИЕМ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ Князева А.И., Шишкин А.Н.	108
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ Кдырбаева Ф.Р.	103	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛОКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ МИКРОГЕТЕРОГЕННЫМ КОЛЛАГЕНСОДЕРЖАЩИМ БИОИМПЛАНТАТОМ И ВЫСОКОМОЛЕКУЛЯРНЫМ ГИАЛУРОНАТОМ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА Князева Л.А., Бекмурзод С.Б., Князев И.С.	109

<p>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ФЕНОТИПЕ ОСТЕОАРТРИТА Князева Л.А., Бекмурзода С.Б., Князев И.С. 110</p>	<p>ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ КОМПЛЕКСНЫХ МЕТОДОВ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ СОСТАВА ТЕЛА У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ Кончугова Т.В., Васильева В.А., Апханова Т.В., Морунова В.А. 115</p>
<p>ДИНАМИКА СЧЕТА ЭРОЗИЙ В СУСТАВАХ КИСТЕЙ И СТОП ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ НАБЛЮДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Коваленко П.С., Дыдыкина И.С., Смирнов А.В., Диатроптов М.Е., Глухова С.И. 110</p>	<p>ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2021-2023 ГОДАХ Корнеева С.Ю., Кароль Е.В., Белавина Е.А., Горских О.Г., Якимова Е.А. 116</p>
<p>ВТОРИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ И ФИБРИЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ ХБП 5DC Колмакова Е.В., Аниконова Л.И., Исачкина А.Н., Самохвалова Н.А., Рихау Ю.В. 111</p>	<p>УРОВЕНЬ sST2 И ГАЛЕКТИНА-3 У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И НАЛИЧИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ Корсакова Д.А., Смирнова М.П., Чижов П.А. 117</p>
<p>СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ АНТИСИНТЕТАЗНОГО СИНДРОМА, СИНДРОМА ШЁГРЕНА И СПОРАДИЧЕСКОГО МИОЗИТА С ВКЛЮЧЕНИЯМИ Коломейчук А.А., Хелковская-Сергеева А.Н., Ананьева Л.П., Бабак В.В., Никишина Н.Ю. 112</p>	<p>ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ SARS-CoV-2 НА ПЕРИФЕРИЧЕСКУЮ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ Коценко Ю.И. 117</p>
<p>К ВОПРОСУ О РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И ИСХОДАХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ (СКВ) Комаров В.Т., Лавренова М.А., Григорьева О.Г., Хичина Н.С. 113</p>	<p>ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКИ НЕЗДОРОВОМ ОЖИРЕНИИ Красивина И.Г., Долгов Н.В., Долгова Л.Н. 118</p>
<p>ВЛИЯЕТ ЛИ ГИПОТИРЕОЗ НА 10-ЛЕТНИЙ РИСК СМЕРТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ПРИЧИН У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ? Кондратьева Л.В., Панафилина Т.А., Горбунова Ю.Н., Попкова Т.В. 113</p>	<p>АНАЛИЗ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ В КЛИНИЧЕСКИХ И ГЕНЕТИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИКАХ ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ. РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ TNF-A, TNFA1P3, STAT4, CRP И SAA1 ГЕНОВ Крылов М.Ю., Гусева И.А., Сахарова К.В., Самаркина Е.Ю., Эрдес Ш.Ф. 119</p>
<p>ВЛИЯЕТ ЛИ ГИПОТИРЕОЗ НА 10-ЛЕТНИЙ РИСК РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ? Кондратьева Л.В., Горбунова Ю.Н., Панафилина Т.А., Попкова Т.В. 114</p>	<p>ОСОБЕННОСТИ РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ Крючкова А.В., Панина О.А., Пятницина С.И., Семынина Н.М. 120</p>

ОПРЕДЕЛЕНИЕ МАРКЕРОВ НЕЙТРОФИЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ Кузнецов В.Д., Фролова Е.В., Учеваткина А.Е., Филиппова Л.В., Аак О.В., Козлова Я.И., Васильева Н.В. 121	ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ, АРТЕРИАЛЬНАЯ РИГИДНОСТЬ И ИХ КОРРЕКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕКМЕНТА ST В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК Леонидова К.О. 127
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИЗМЕНЕНИЯ СКОРОСТИ КРОВОТОКА ПО ДАННЫМ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ДОППЛЕРОМЕТРИИ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ КУРСА РЕАБИЛИТАЦИИ У ДОНОШЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ТЕМПОВ МОТОРНОГО РАЗВИТИЯ Кузнецова К.В., Кудлач А.И., Шалькевич Л.В., Лебедева С.К. 122	МИКРОВАСКУЛЯРНЫЕ РАССТРОЙСТВА – ВЗГЛЯД КАРДИОЛОГА Леонова И.А., Болдуева С.А. 127
COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: ТЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА Куликов А.Н., Муравьева Н.В., Белов Б.С. 122	ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА D НА ЧАСТОТУ РАННИХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ИНТЕНСИВНОСТЬ ВОСПАЛЕНИЯ Лесниченко Д.А., Майлян Э.А., Джеломанова С.А. 128
РАЗВИТИЕ КОСТНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ПЕРЕГРУЗОК И ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ВИБРАЦИИ Лапко И.В., Климкина К.В. 123	ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПОВТОРНЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА НА ФОНЕ НАРУШЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ В ЗОНЕ РАННЕ УСТАНОВЛЕННОГО СТЕНТА И ВНЕ ЕГО Луцик Е.А., Скородумова Е.А., Костенко В.А. 129
СИСТЕМНЫЕ ПРИНЦИПЫ КОНСТРУИРОВАНИЯ БИФИДОЛАКТОБАЦИЛЛЯРНЫХ СИНБИОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ Лахтин В.М., Лахтин М.В., Байракова А.Л., Давыдкин В.Ю., Давыдкин И.Ю., Мелихова А.В. 125	ДИАГНОЗ «ОРВИ» В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА Львов Н.И., Мальцев О.В., Передельский Е.В., Шарабханов В.В. 130
ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВОТОКА ПО ДАННЫМ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ДОППЛЕРОМЕТРИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ ТЯЖЕЛОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНЕЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ МЕТОДА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕРМИИ Лебедева С.К., Шалькевич Л.В., Кудлач А.И., Жевнеронок И.В. 126	СОДЕРЖАНИЕ ЭКСЦИЗИОННЫХ КОЛЕЦ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ COVID-19 И ВЫЗДОРОВЕВШИХ Любимова Н.Е. 131
	ИННОВАЦИИ В ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЖИ Мавлянова Ш.З., Муллаханов Ж.Б., Мирзакулова Ш. 132
	АНАЛИЗ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ АССОЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА (rs1800790) G-455A ГЕНА FGB У БОЛЬНЫХ С АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ Мавлянова Ш.З., Исмагилов А.И., Кодирова М.А. 132

<p>ЗНАЧИМОСТЬ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ КОЛОНИЗАЦИИ СТАФИЛАКОККОВОЙ ФЛОРЫ У БОЛЬНЫХ КОЖНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Мавлянова Ш.З., Хакимов Д.Р., Махсудов М.Р. 133</p>	<p>ГИПЕРУРИКЕМИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ Матьянова Е.В., Гордеев А.В., Галушко Е.А., Пожидаев Е.В. 139</p>
<p>ОЦЕНКА КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ НА ФОНЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ Мадина Р.Б., Ахмедов Х.С. 134</p>	<p>ДИСФУНКЦИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИБС БЕЗ СИМПТОМОВ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ Махнов А.П. 140</p> <p>ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-КАРДИОЛОГА: АНАЛИЗ ПРИЧИН Махнов А.П. 141</p>
<p>МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗУ С ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ Майлян Э.А., Жадан Е.С. 135</p>	<p>ВЗАИМОСВЯЗЬ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК С СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ХСН Мацкевич С.А., Бельская М.И. 141</p> <p>ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТОФУСНОЙ ПОДАГРЫ ПРИ АТИПИЧНОЙ И РЕДКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ТОФУСОВ Мельникова М.А., Вакуленко А.С., Нестерович И.И. 142</p>
<p>УРОВЕНЬ НАСЫЩЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D И ОСОБЕННОСТИ ПРОДУКЦИИ ОСТЕОКЛАСТОГЕННОГО ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 У ЖЕНЩИН С ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ, СЕРОПОЗИТИВНЫХ НА HELICOVACTER PYLORI Майлян Э.А., Жадан Е.С. 135</p>	<p>ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОСТЕОАРТРИТОМ У НАСЕЛЕНИЯ ВОСТОЧНОЙ СИБИРИ С 1999 ПО 2022 Меньшикова Л.В., Белых Е.В., Меньшиков М.Л. 143</p>
<p>ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА D НА ПРОДУКЦИЮ ЦИТОКИНОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В КОСТНОМ РЕМОДЕЛИРОВАНИИ Майлян Э.А., Лесниченко Д.А., Джеломанова С.А. 136</p>	<p>ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ФЕКАЛЬНОГО КАЛЬПРОТЕКТИНА В КАЧЕСТВЕ СКРИНИНГА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА У ПАЦИЕНТОВ С ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ТОЛСТОЙ КИШКИ Миронова Е.Д., Осадчук М.А., Васильева И.Н. 143</p>
<p>МИКРОБИОТА КИШЕЧНИКА И ГЕПАТОРЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ Малаева Е.Г., Стома И.О., Ковалев А.А., Воропаев Е.В., Осипкина О.В., Шафорост А.С., Кондрачук А.Н. 137</p>	<p>ВНЕЛЕГОЧНЫЙ САРКОИДОЗ С ИЗОЛИРОВАННЫМ МАССИВНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ПОДРОСТКА Мнацаканян А.М., Рыков М.Ю., Долгополов И.С. 144</p>
<p>УРОВЕНЬ ЭКСПРЕССИИ мРНК ГЕНОВ TLR2 И TLR4 В ЛЕЙКОЦИТАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ БОЛЬНЫХ САРКОИДОЗОМ ЛЕГКИХ Мальшева И.Е., Тихонович Э.Л., Топчиева Л.В. 137</p>	<p>КСАНТИНОКСИДОРЕДУКТАЗА: АКТИВНОСТЬ В ЛИЗАТАХ ЛИМФОЦИТОВ ПРИ ДИСКОИДНОЙ И СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ Мозговая Е.Э., Бедина С.А., Трофименко А.С., Мамус М.А., Спицина С.С., Зборовская И.А. 145</p>
<p>ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИГЕПАТОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ Манасян С.Г., Ермолов С.Ю., Апресян А.Г., Ермолова Т.В. 138</p>	

ТИРЕОИДНЫЙ СТАТУС У ДЕТЕЙ С УЗЛОВЫМИ ФОРМАМИ ЗОБА, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ЙОДОДЕФИЦИТА РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН Муратова Ш.Т., Назарова Ш.А. 145	КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА Никитина В.В., Гусева В.Р. 153
ПОРАЖЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ Мухаммадиева С.М., Уракова З.У., Исраилов А.А., Янгибоев А.К. 146	НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ И МОБИЛЬНОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ «ИНСУЛЬДА ЙОРДАМ» Нишоновна Ю.У., Расулова Д.К., Абзалова М.Б. 153
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С ПНЕВМОКОНИОЗОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ Мякоткина Г.В., Якимович С.Е. 147	СМЕРТНОСТЬ РЕЦИПИЕНТОВ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА: СОБСТВЕННЫЕ ДАННЫЕ И МЕТААНАЛИЗ Новикова М.С., Минушкина Л.О., Затейщиков Д.А., Котенко О.Н., Боева О.И. 154
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 Набиева Д.А., Оспанов Е.Б. 148	СВОЕВРЕМЕННОСТЬ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА И ПРОФИЛЬ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА 2 ТИПА Облавацкий Д.В. 155
ПРЕДИКТОРЫ НИЗКОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У МУЖЧИН МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА Наумкина П.И., Дыдышко В.Т. 148	ДЕТЕРМИНАНТЫ РЕЗИДУАЛЬНОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА С ПОЗИЦИИ МНОГОКОМПОНЕНТНОЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ Объедкова Н.Ю. 155
ПАРАМЕТРЫ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ Нелидова Н.В., Ефанова Е.Н., Усанина А.Н. 151	ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ Овсянников Е.С., Дробышева Е.С. 156
СПЕКТР СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРНОГО РЕГИОНА Нелидова Н.В., Сторчак Е.О., Богданова Е.Ю., Ефанова Е.Н. 151	ОЦЕНКА ЛИПИДНОГО И АДИПОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ Овсянников Е.С., Гречкин В.И., Пономарева Е.Ю. 157
ТУБЕРКУЛЕЗ, ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И ГЕПАТИТ С – ТЕЧЕНИЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ Нелидова Н.В., Герасимова Н.В., Ли Н.В. 152	

ПОЛИМОРФНАЯ ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭКСТРАСИСТОЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ БЕЗ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЦА: КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ (КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ) Олесин А.И.	158	МР-ЭНТЕРОГРАФИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА: ЧТО ЛУЧШЕ – 1,5 ИЛИ 3 ТЕСЛА? Оточкин В.В., Розенгауз Е.В., Кудинова К.В.	163
ВЛИЯНИЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ТРАКЦИОННОЙ ТЕРАПИИ НА СОВРЕМЕННОМ АППАРАТЕ ВЫТЯЖЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ДОРСОПАТИЕЙ Оплетаев В.Ф.	158	ПРОЯВЛЕНИЯ И ТЕРАПИЯ НЕПОЛНОЙ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ Панафидина Т.А., Попкова Т.В., Насонов Е.Л., Лиля А.М.	164
ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ Орзиев Д.З., Абдуллаев А.Х., Узоков Ж.К., Аляви Б.А., Курмаева Д.Н.	159	ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В УСЛОВИЯХ КОМОРБИДНОСТИ Панина О.А., Крючкова А.В., Семьнина Н.М., Пятницина С.И., Гриднева Л.Г.	165
АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ: ЗНАЧИМОСТЬ РЕГИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПУТЕЙ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИРУСОВ И ГРУПП РИСКА Останкова Ю.В., Бальде Т.А.	160	ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ТРАНСФОРМАЦИИ ГИПЕРУРИКЕМИИ В ПОДАГРУ Панина Е.В., Елисеев М.С., Желябина О.В.	166
ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В СЗФО: NESTED-ПЦР С ИДЕНТИФИКАЦИЕЙ СИГНАЛА В РЕАЛЬНОМ ВРЕМЕНИ ПО ТРЕМ ВИРУСНЫМ МИШЕНЯМ С ПОСЛЕДУЮЩИМ СЕКВЕНИРОВАНИЕМ Останкова Ю.В., Серикова Е.Н., Кусевицкая М.Б.	161	ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Панина О.А., Крючкова А.В., Гриднева Л.Г., Семьнина Н.М., Пятницина С.И.	167
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Остапчук Е.С., Шумилова А.Н., Вербих Т.Э.	162	АССОЦИАЦИЯ СЫВОРОТОЧНОГО УРОВНЯ ФРФ-21 С КОМПОЗИТНЫМ СОСТАВОМ ТЕЛА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Папичев Е.В., Рожкова Е.С., Сивордова Л.Е., Ахвердян Ю.Р., Полякова Ю.В., Заводовский Б.В.	167
ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНЫМ ТЕЧЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ Остапчук Е.С., Кузнецов В.В.	163	ИНФЕКЦИЯ HELICOBACTER PYLORI И ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ: ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ? Парцерняк А.С., Павлович И.М., Булгар К.И.	168
		ВЛИЯНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО РЕЗЕРВА (АСТЕНИИ) НА ОСЛОЖНЕНИЯ В СРЕДНЕ-ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ КЛАПАННЫХ Пороков Сердца у Пожилых Пелех Д.М., Никитина Т.Г., Гулян К.С., Филиппкина Т.Ю., Голухова Е.З.	169

<p>ДИАГНОСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ, УЗЕЛКОВЫМ ПЕРИАРТЕРИИТОМ И СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ ПО ДАННЫМ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ Первак М.Б., Атаманова Л.В., Карпенко О.А., Ганнова Е.В., Красная Л.А. 170</p>	<p>ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ Погорелов М.Д., Перцев А.В., Главатских Ю.О. 177</p>
<p>ЛАБОРАТОРНЫЕ И ЭЛЕКТРО-НЕЙРОМИОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С РАННИМИ СТАДИЯМИ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА Первунинская М.А. 171</p>	<p>АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВАКЦИНАЦИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА Погорелов М.Д., Главатских Ю.О., Перцев А.В. 178</p>
<p>ОЦЕНКА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ Перцев А.В., Главатских Ю.О. 173</p>	<p>ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИХОРАДОЧНЫХ СОСТОЯНИЙ В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА Погорелов М.Д., Перцев А.В., Главатских Ю.О. 178</p>
<p>ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО РИСКА Петрова М.О., Григорьева Н.Ю. 173</p>	<p>ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ КУРЕНИЯ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ МОЛОДЕЖИ Поланцевич В.Ю., Мусик П.С., Шульга Е.В. 179</p>
<p>ОПЫТ НАБЛЮДЕНИЯ КОКЛЮША У ВЗРОСЛЫХ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА Петрова М.С., Борисова А.Б., Скирда Т.А., Антипят Н.А., Самков А.А., Леонтьева Н.И. 174</p>	<p>ИНТЕРНЕТ ССЫЛКИ НА ИНФОРМАТИВНЫЕ РЕСУРСЫ ПОВЫШАЮТ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Полякова Ю.В., Гордеева С.Е., Сивордова Л.Е., Ахвердян Ю.Р., Папичев Е.В., Заводовский Б.В. 180</p>
<p>АСЕПТИЧЕСКИЙ НЕКРОЗ – ВЗГЛЯД ТЕРАПЕВТА Петухова А.А., Филоненко Е.П., Гайдукова И.З. 175</p>	<p>КОМБИНИРОВАННАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ, ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ИБС, АГ В СОЧЕТАНИИ С ХОБЛ Прибылов В.С. 181</p>
<p>РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ КАК ПРИЧИНА ОСТРОГО СУСТАВНОГО СИНДРОМА: ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА ПАЦИЕНТОВ Повзун А.С., Щемелева Е.В., Повзун К.А., Ковальчук Е.Ю., Костенко В.А. 176</p>	<p>ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ АМЛОДИПИНА/ИНДАПАМИДА/ ПЕРИНДОПРИЛА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК 1-3 СТАДИИ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ Прибылова Н.Н., Леонидова К.О., Прибылов В.С., Маль Г.С., Прибылов С.А. 181</p>
<p>РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ КАК ПРИЧИНА ОСТРОГО СУСТАВНОГО СИНДРОМА: ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА ПАЦИЕНТОВ Повзун А.С., Щемелева Е.В., Повзун К.А., Ковальчук Е.Ю., Костенко В.А. 176</p>	<p>ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ Пулатова Ш.Б., Набиева Д.А., Мирзажонова Г.С. 182</p>

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА Пулатбекова С.У., Турсунова Л.Д., Жаббаров А.А.	183	РОЛЬ АДАПТИВНОГО ГУМОРАЛЬНОГО ОТВЕТА В ПАТОГЕНЕЗЕ БОЛЕЗНИ КРОНА Рубинштейн А.А., Давыдов Д.А.	190
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ/ ПАРААНГЛИОМОЙ Реброва Д.В.	184	РЕТИНОПАТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ: ВЧЕРА, СЕГОДНЯ И ЗАВТРА Рукша Е.С., Койко А.В., Мартинкевич В.Е.	191
ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭКЗОГЕННОГО И ЭНДОГЕННОГО ГИПЕРКОРТИЗОЛИЗМА Реброва Д.В., Ворохобина Н.В., Русаков В.Ф., Краснов Л.М., Федоров Е.А., Чинчук И.К., Шихмагомедов Ш.Ш., Згода Е.А., Черников Р.А., Слепцов И.В.	184	ОПЫТ УСПЕШНОЙ ТЕРАПИИ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА Русакова В.А., Волошинова Е.В.	191
НАДЖЕЛУДОЧКОВАЯ ТАХИКАРДИЯ: ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ АФФЕРЕНТНЫХ ПРОВОДЯЩИХ ПУТЕЙ СПИННОГО МОЗГА Ремнев А.Г., Фартуков А.В.	185	РОЛЬ АНТИТЕЛ К ФЕРМЕНТАМ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ В РАЗВИТИИ АНЕМИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ Русанова О.А., Емельянова О.И., Спицина С.С., Емельянов Н.И., Трофименко А.С.	192
САНАТОРНЫЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА СЕРДЦЕ И СОСУДАХ Ремнев А.Г., Фартуков А.В.	186	ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА РЕАБИЛИТАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕХНОЛОГИЙ ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ И РОБОТИЗИРОВАННОГО ТРЕНИНГА С БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗЬЮ В УЛУЧШЕНИИ ФУНКЦИИ ХОДЬБЫ У ПАЦИЕНТОВ С КОКСАРТРОЗОМ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА Рябков Е.Н., Марченкова Л.А.	193
НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ Репина Ю., Хващевская Г.М.	187	ДИЗАВТОНОМИЯ КАК МЕХАНИЗМ ПАТОГЕНЕЗА ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА И СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ: ВОЗМОЖНОСТЬ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ АСТЕНИИ И ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ МИШЕНЬ ТЕРАПИИ Рябкова В.А., Рубинский А.В., Марченко В.Н., Трофимов В.И., Чурилов Л.П.	194
ОПТИЧЕСКАЯ КОГЕРЕНТНАЯ ТОМОГРАФИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ Реснянская Е.Д., Евдокимов Д.С., Феоктистова В.С., Болдуева С.А., Кочанов И.Н.	187	СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ Сабилов Д.М., Росстальная А.Л., Тахиров А.У., Дадаев Х.Х.	195
АНАЛИЗ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА Родионова А.Ю., Макарова О.В., Столов С.В.	188	МЕСТО ТУЧНЫХ КЛЕТОК В ПАТОГЕНЕЗЕ COVID-19: КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ Савушкина И.А., Овсянников Е.С., Алексеева Н.Г.	196
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ ПОСЛУЧЕВОГО ПЕРИКАРДИТА Родионова О.А., Здоров А.Е.	189		

РОЛЬ ТУЧНЫХ КЛЕТОК В ПОРАЖЕНИИ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19: ВОПРОСЫ КОМОРБИДНОСТИ Савушкина И.А., Овсянников Е.С., Алексеева Н.Г. 197	СРАВНЕНИЕ НАБОРОВ РЕАГЕНТОВ ДЛЯ ЭКСТРАКЦИИ ДНК ИЗ СУХИХ ПЯТЕН КРОВИ Седых А.В., Сайтгалина М.А. 203
ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ УЧАСТИЯ ТУЧНЫХ КЛЕТОК В ПАТОГЕНЕЗЕ COVID-19: ВЗАИМОСВЯЗЬ С ОБЩИМ АНАЛИЗОМ КРОВИ Савушкина И.А., Овсянников Е.С., Алексеева Н.Г. 198	ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ КАРДИОПРОТЕКЦИИ ВНУТРИКОРОНАРНЫМ ВВЕДЕНИЕМ ЛЕВОКАРНИТИНА У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОКС Семиголовский Н.Ю., Баллюзек М.Ф., Мазуренко С.О., Гуслев А.Б., Козаев А.В., Никольская Е.М., Семёнова И.Г., Бердикулова Т.Т. 204
ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ И МАРКЕРА РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СУБХОНДРАЛЬНОЙ КОСТИ С КОМПОНЕНТАМИ WOMAC ПРИ РАННЕМ ОСТЕОАРТРИТЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ Савушкина Н.М., Таскина Е.А., Кашеварова Н.Г., Стребкова Е.А., Шарапова Е.П., Хальметова А.Р., Алексеева Л.И., Лиля А.М. 199	КОРОНАРОГРАФИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ РАБОТНИКОВ ВРЕДНЫХ И ОПАСНЫХ ПРОИЗВОДСТВ Семиголовский Н.Ю., Першина Е.И., Бердикулова Т.Т. 204
ИММУННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ИНФИЦИРОВАННЫХ ГЕРПЕСВИРУСОМ Садыхова Н.Р., Джанахмедова Ш.Н. 200	ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ Семьнина Е.В., Токмачев Р.Е., Токмачев Е.В., Анненкова А.В. 205
КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА МОЛЕКУЛ ТРЕС И КРЕС В КРОВИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ Сайтгалина М.А. 200	ТЯЖЕЛАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА (ТБА): ХАРАКТЕРИСТИКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЕБЮТА ЗАБОЛЕВАНИЯ Сергеева Г.Р., Емельянов А.В., Лешенкова Е.В., Цуканова И.В., Знахуренко А.А. 206
ОЦЕНКА УРОВНЕЙ МОЛЕКУЛ ТРЕС И КРЕС В КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМИ ИММУНОДЕФИЦИТАМИ Сайтгалина М.А. 201	ПОИСК МАРКЕРОВ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Сивордова Л.Е., Полякова Ю.В., Папичев Е.В., Ахвердян Ю.Р., Заводовский Б.В. 206
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ JAK-КИНАЗ, ИЛ17А, ИЛ 6 И ФНО α У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ВТОРИЧНЫМ АМИЛОИДОЗОМ Сахарова К.В., Черкасова М.В., Эрдес Ш.Ф. 202	ГРАНУЛЕМАТОЗНАЯ ЛИМФОЦИТАРНАЯ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ У РЕБЕНКА С ВРОЖДЕННЫМ ИММУНОДЕФИЦИТОМ Сидоренко М.С., Рыков М.Ю., Долгополов И.С. 207
НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ СИМПТОМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ, ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ ДИСТРОФИЕЙ ПЕЧЕНИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ Свистун О.В., Манто В.С. 203	

<p>АРТРОПАТИЯ НА ФОНЕ МОЧЕПОЛОВОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ: ПРОБЛЕМНЫЕ И НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ Сидорчук С.Н., Позняк А.Л., Молчанов О.Л. 209</p>	<p>ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОПУТСТВУЮЩИМ ДЕФИЦИТОМ ЖЕЛЕЗА Смирнова М.П., Чижов П.А., Иванова Ю.И. 216</p>
<p>ОЦЕНКА ОСНОВНЫХ ПАРАМЕТРОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ КОРРЕКЦИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ Симион А.Ю., Овсянников Е.С., Симион К.А. 210</p>	<p>ЭМБОЛОГЕННЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА. ДАННЫЕ МНОГОЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ Соловьева М.В., Болдуева С.А. 217</p>
<p>УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ И ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ НА ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ Симион А.Ю., Овсянников Е.С., Симион К.А. 211</p>	<p>ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ АНТИТЕЛ К ЭЛАСТИНУ И ЭЛАСТАЗЕ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ: ФОКУС НА КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ Спицина С.С., Емельянова О.И., Русанова О.А., Бедина С.А., Трофименко А.С., Мозговая Е.Э. 218</p>
<p>ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ДО И ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ НА ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ Симион А.Ю., Овсянников Е.С., Симион К.А. 212</p>	<p>СПЕКТР ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ Старовойтова М.Н., Десинова О.В. 218</p>
<p>УРОВНИ ХОЛЕСТЕРИНА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ Скородумова Е.Г., Скородумова Е.А., Костенко В.А., Сиверина А.В. 213</p>	<p>ИЗУЧЕНИЕ АССОЦИАЦИИ КОМПОЗИТНОГО СОСТАВА ТЕЛА С ОПРОСНИКОМ SARC-F И ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ТЕСТОМ У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Старшова А.В. 220</p>
<p>РОЛЬ ТЕСТОСТЕРОНА В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТЕОПОРОЗА У МУЖЧИН В ПЕРИОД АНДРОПАУЗЫ Смирнов В.В. 214</p>	<p>ОСОБЕННОСТИ ШТАММОВ ESCHERICHIA COLI, ИЗОЛИРОВАННЫХ ИЗ КИШЕЧНИКА ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА 1 ТИПА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST Степанов М.С. 221</p>
<p>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЦЕФАЛГИИ У ПАЦИЕНТА С НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ Смирнова А.Е. 215</p>	<p>ВЗАИМОСВЯЗЬ ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ И ОЖИРЕНИЯ (СРАВНИТЕЛЬНАЯ ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА) Стребкова Е.А., Алексеева Л.И., Таскина Е.А., Кашеварова Н.Г., Савушкина Н.М., Шарапова Е.П., Михайлов К.М., Хальметова А.Р., Кудинский Д.М., Алексеева О.Г. 222</p>

<p>МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ И ОСТЕОПОРТИЧЕСКИЙ ФЕНОТИПЫ ОСТЕОАРТРИТА (СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА) Стребкова Е.А., Алексеева Л.И., Кашеварова Н.Г., Таскина Е.А., Савушкина Н.М., Шарапова Е.П., Михайлов К.М., Хальметова А.Р., Лила А.М. 222</p>	<p>ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗАХ Танрыбердиева Т.О. 227</p>
<p>ПОДХОДЫ К РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Суджаева О.А., Кошлатая О.В., Колядко М.Г., Русских И.И., Попель О.Н. 223</p>	<p>ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИОАКТИВНОГО КОНЦЕНТРАТА МЕЛКОЙ МОРСКОЙ РЫБЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ СУСТАВОВ КИСТЕЙ Таскина Е.А., Кашеварова Н.Г., Стребкова Е.А., Алексеева Л.И., Лила А.М. 227</p>
<p>НАРУШЕНИЯ ГЕМОСТАЗА ПОСЛЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ РАЗЛИЧНЫМИ ШТАММАМИ, У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ Суджаева О.А., Карпова И.С., Кошлатая О.В., Колядко М.Г., Русских И.И., Ванькович Е.А. 223</p>	<p>ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЖЕНСКОГО ПОЛА С ПОДАГРИЧЕСКИМ АРТРИТОМ ПО ОПРОСНИКУ SF-36 Ташпулатова М.М., Набиева Д.А. 228</p>
<p>СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПОЧЕЧНОГО РЕЗЕРВА И КАНАЛЬЦЕВЫХ ФУНКЦИЙ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ Султанова М.Х., Салимова Н.Д., Хидоятова М.Р. 224</p>	<p>АНАЛИЗ ХАРАКТЕРИСТИКИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПОДАГРЫ У БОЛЬНЫХ ЖЕНСКОГО ПОЛА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ Ташпулатова М.М., Набиева Д.А. 229</p>
<p>ОЦЕНКА 3-Х ЛЕТНЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ С УЧЕТОМ ПЕРЕНЕСЕННОЙ COVID-19 Сучков В.Н., Дунаева Н.В., Гусев Д.А. 225</p>	<p>ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОДАГРЫ С УЧЕТОМ ПОЛОВОГО ДИМОРФИЗМА Ташпулатова М.М., Набиева Д.А. 229</p>
<p>ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА Танрыбердиева Т.О., Курбанов В.А., Атдаева С.Б. 226</p>	<p>ЗНАЧЕНИЕ КАТЕСТАТИНА И МАРКЕРОВ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ В СТРАТИФИКАЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОБСТРУКТИВНЫМ АПНОЭ СНА Токарев С.А., Губарева И.В. 230</p>
<p>КЛИНИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ Танрыбердиева Т.О., Курбанов В.А., Амандурдыева Ш.О. 226</p>	<p>ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ NT-PROBNP И ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Токмачев Р.Е., Семынина Е.В., Токмачев Е.В., Анненкова А.В. 230</p>
	<p>УРОВНИ sST2 И ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У ПАЦИЕНТОВ С ХСН С РАЗЛИЧНОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА Токмачев Р.Е., Семынина Е.В., Токмачев Е.В., Анненкова А.В. 231</p>

<p>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БЕКЛОМЕТАЗОНОМ И ФЛУТИКАЗОНОМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ Токмачев Е.В., Семынина Е.В., Токмачев Р.Е., Анненкова А.В. 232</p>	<p>ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СОГЛАСНО СТРАТЕГИИ TREAT-TO-TARGET У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ С РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКОЙ Тремаскина П.О., Логинова Е.Ю., Коротаева Т.В., Глухова С.И. 237</p>
<p>КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В СОЧЕТАНИИ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ Токмачев Е.В., Семынина Е.В., Токмачев Р.Е., Анненкова А.В. 232</p>	<p>ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА Троицкая Н.И. 237</p>
<p>НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С БОЕВЫМИ ТРАВМАМИ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ Тополянская С.В., Куржос М.Н., Бубман Л.И., Аликина Е.А., Атоян Е.А., Дмитриева Е.В., Рачина С.А., Лыткина К.А., Мелконян Г.Г. 233</p>	<p>ПЕРСПЕКТИВЫ ДИСПАНСЕРНОГО СКРИНИНГА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЖЕЛУДКА С ПРИМЕНЕНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ (СЗФО) Тряпицын А.В., Барановский А.Ю., Соколова К.С. 239</p>
<p>ИНТЕРЛЕЙКИН-6 И С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК – МАРКЕРЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЕВЫМИ РАНАМИ КОНЕЧНОСТЕЙ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ Тополянская С.В., Бубман Л.И., Куржос М.Н., Васильева Ю.Ю., Карпов В.В., Нечаев А.И., Хан С.О., Молочников А.Ю., Лыткина К.А., Мелконян Г.Г. 234</p>	<p>ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК Турсунова Л.Д., Жаббаров О.О. 240</p>
<p>ИССЛЕДОВАНИЕ ОСТЕОПРОТЕГЕРИНА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ Тополянская С.В., Бубман Л.И., Карпов В.В., Нечаев А.И., Хан С.О., Молочников А.Ю., Васильева Ю.Ю., Лыткина К.А., Мелконян Г.Г. 235</p>	<p>АНАЛИЗ ТИПОВ КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ Турсунова Л.Д., Жаббаров О.О. 241</p>
<p>ВЛИЯНИЕ ТЯЖЕСТИ ПСОРИАЗА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ Тремаскина П.О., Коротаева Т.В., Глухова С.И. 236</p>	<p>ИЗУЧЕНИЕ АССОЦИАЦИЙ НЕКОТОРЫХ ГЕНОМНЫХ БИОМАРКЕРОВ С ТЯЖЕСТЬЮ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ SARS-CoV-2, У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ Тюрюпов М.С., Тедеев Т.Г., Нуязин В.К., Лакомкин Д.В. 241</p>
	<p>АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ АССОЦИАЦИЙ ГЕНОМНЫХ БИОМАРКЕРОВ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ SARS-CoV-2, У ЛИЦ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ Тюрюпов М.С., Савинцев Н.Л., Однокол П.О., Ливарский П.А. 242</p>

ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ ОСНОВНЫХ ГЕНОМНЫХ БИОМАРКЕРОВ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА Тюрюпов М.С., Нуянзин В.К., Мендалин Т.К., Микульский А.С. 242	РОЛЬ ПРОТИВОКАШЛЕВЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ СУХОГО КАШЛЯ У БОЛЬНЫХ COVID-19 Фейгельман С.Н., Овсянников Е.С. 248
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ КАРОЛИ Убушеева Р.Г., Абрамова А.Н. 243	СПЕКТРАЛЬНАЯ ТУССОФОНОБАРОГРАФИЯ: ПАТТЕРНЫ КАШЛЯ У БОЛЬНЫХ COVID-19 Фейгельман С.Н., Овсянников Е.С. 249
ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ВСЛЕДСТВИЕ ИНФЕКЦИИ COVID-19 Улюкин И.М. 244	СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ Филимонова О.Г., Татарина Д.Е., Никулина Р.Д. 250
ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА Уракова З.У., Мухаммадиева С.М., Эгамова Ш.Ф., Мамасиддикова С.Б. 245	ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ Филипович Е.К., Кудлач А.И., Хорликова О.А. 251
АКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТОВ НАЧАЛЬНОЙ И ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЙ СТАДИЙ ГИДРОЛИЗА И ТРАНСПОРТА УГЛЕВОДОВ У БОЛЬНЫХ С ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ И ЕЕ РАЗЛИЧНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ, А ТАКЖЕ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА Усманов М.М., Ахмедова Н.А., Валижонов А.Ф., Адизов С.Р. 245	ВЛИЯНИЕ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА НА ЛИЧНО-АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА Фомина И.Р., Реснянская Е.Д., Феоктистова В.С., Евдокимов Д.С. 251
ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА Фатенко А.С. 246	ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ Хамраев А.А., Алиева К.К., Ахмедова Н.А. 252
АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА B5M1 ГЕНА VDR С ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ Федуличев П.Н. 247	ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ МИОПАТИИ Хелковская-Сергеева А.Н., Коломейчук А.А., Гарзанова Л.А., Шаяхметова Р.У., Колтакова А.Д., Конева О.А., Ананьева Л.П., Бабак В.В. 253
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕВОДРОПРОПИЗИНА В ТЕРАПИИ СУХОГО КАШЛЯ Фейгельман С.Н., Овсянников Е.С. 247	АСЕПТИЧЕСКИЙ НЕКРОЗ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ: ОТ НАЧАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ Хидятова М.Р., Носиров Ж.Ж., Султанова М.Х. 253

<p>ДИГИДРОПИРИДИНОВЫЕ БЛОКАТОРЫ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ В ПАРАДИГМЕ ТЕРАПИИ БЕВАЦИЗУМАБ-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ Хлямов С.В., Маль Г.С. 254</p>	<p>ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАСТВОРИМОГО СУПРЕССОРА ТУМОРОГЕННОСТИ 2 В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ Черник Т.А., Кравченко А.Я., Токмачев Р.Е. 261</p>
<p>ЛИПОПРОТЕИН (А) И ЕГО СВЯЗИ С ДРУГИМИ ФАКТОРАМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА В ПОПУЛЯЦИИ АРКТИЧЕСКОГО РЕГИОНА РОССИИ НА ПРИМЕРЕ Г. АРХАНГЕЛЬСКА Холматова К.К., Дворяшина И.В., Костина К.С., Кудрявцев А.В. 255</p>	<p>РАСТВОРИМЫЙ СУПРЕССОР ТУМОРОГЕННОСТИ 2 И ЕГО СВЯЗИ С ОСНОВНЫМИ ЛАБОРАТОРНО- ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ Черник Т.А., Кравченко А.Я., Токмачев Р.Е. 261</p>
<p>НАСТОРОЖЕННОСТЬ ВРАЧЕЙ В ОТНОШЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА Хоманов К.Э., Серебровская О.Л., Артюхов И.В., Тарноруцкая А.В., Нагорняк Д.А., Неволин А.О. 256</p>	<p>БОЛЕЗНЬ РОЗАИ-ДОРФМАНА В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА Чехута Е.С., Исаев Д.А., Мельниченко Н.Е., Козлова А.В., Бойкова Л.С. 262</p>
<p>РОЛЬ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В ДИАГНОСТИКЕ ОРФАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Хоманов К.Э., Серебровская О.Л. 257</p>	<p>АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ТЕЧЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ Шаймуратов Р.И., Гизатуллина Э.Д., Косовских Э.Ф., Шакирова Г.Р. 263</p>
<p>ВЛИЯНИЕ ГИПЕРУРИКЕМИИ НА ТЕЧЕНИЕ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА Цинзерлинг А.Ю., Гайдукова И.З., Мазуров В.И., Петрова М.С., Инамова О.В. 258</p>	<p>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ Шакирова Г.Р., Гизатуллина Э.Д., Маннанова Л.И. 263</p>
<p>РАБДОМИОЛИЗ – РЕДКОЕ ВНЕЛЕГОЧНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ) Черкашин Д.В., Шуленин К.С., Шарова Н.В., Орлов И.Л., Соболев А.Д. 258</p>	<p>ВЛИЯНИЕ ПРЕДЛОЖЕННОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ФАГОЦИТИРУЮЩИХ МАКРОФАГОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ Шаповалова И.А., Саламех К.А. 264</p>
<p>РОЛЬ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Чернавский С.В., Смирнова М.А., Киткин Д.Н. 259</p>	<p>СЛУЧАЙ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА 2 НА ФОНЕ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ СТЕТАТОГЕПАТИТОМ С СИНДРОМОМ ЦИТОЛИЗА У ЖЕНЩИНЫ 48 ЛЕТ Шаповалова А.Б. 265</p>
<p>РАСТВОРИМЫЙ СУПРЕССОР ТУМОРОГЕННОСТИ 2 В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ Черник Т.А., Кравченко А.Я., Токмачев Р.Е. 260</p>	

<p>СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У МУЖЧИН МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ВПЕРВЫЕ В ЖИЗНИ ПО НЕОТЛОЖНЫМ ПОКАЗАНИЯМ Шаповалова А.Б., Титова Д.О. 266</p>	<p>К РЕЗУЛЬТАТАМ ИССЛЕДОВАНИЯ АУТОАНТИТЕЛ К НАТИВНОЙ ДНК КЛАССА G В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ВИТИЛИГО Шукуров И.Б., Мавлянов Ш.З., Яхшиева М.Ф. 272</p>
<p>ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПО ДАННЫМ ПОВТОРНОЙ КОРОНАРОГРАФИИ Шахбазян А.В., Леонова И.А., Бажанова В.В., Третьякова Н.С. 267</p>	<p>ФИЛОГЕНЕТИЧЕСКОЕ РАЗНООБРАЗИЕ ВИРУСА ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА 1 ТИПА НА ТЕРРИТОРИИ СЗФО Щемелев А.Н., Останкова Ю.В. 273</p>
<p>КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ СНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА Шокиров Ш.Ш., Толибов Д.С., Абзалова М.Б. 267</p>	<p>НЕЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРВОЙ ЛИНИИ АРТ КАК МАРКЕР ПЕРВИЧНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ВИЧ-1 Щемелев А.Н., Останкова Ю.В. 274</p>
<p>ЛИПОПОЛИСАХАРИД И ЕГО СВЯЗЬ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ Шиповская А.А., Дуданова О.П., Ларина Н.А., Курбатова И.В. 268</p>	<p>ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ Щемелева Е.В., Скородумова Е.А., Костенко В.А. 275</p>
<p>СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПОДАГРЫ И БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИИ Ширанова Ш.А., Набиева Д.А., Мухамадиева С.М., Хидоятова М.Р. 269</p>	<p>ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СТРУКТУРНО- ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕТЧАТКИ И ПОЧЕК ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ I-II СТАДИИ Щербаква К.А., Ясеновец М.В. 275</p>
<p>ПРОБЛЕМЫ ОЦЕНКИ И КОРРЕКЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ Шишкин А.Н. 270</p>	<p>СОЧЕТАНИЕ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА И МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ Щербанев К.Г., Грабовецкая Ю.Ю. 276</p>
<p>ТРУДНОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА СО СМЕШАНЫМ ФЕНОТИПОМ ОСТЕОАРТРИТА Шохин А.А., Трофимов Е.А. 271</p>	<p>КАК НЕ ПРОПУСТИТЬ СИСТЕМНУЮ СКЛЕРОДЕРМИЮ БЕЗ СКЛЕРОДЕРМЫ У ПАЦИЕНТА С ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ? Юдкина Н.Н., Волков А.В. 278</p>
<p>ОСТЕОАРТРИТ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С ПРОФЕССИЕЙ: СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ Шохин А.А., Трофимов Е.А. 271</p>	<p>МЕСТО ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ТЕСТОВ В ОЦЕНКЕ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ Юдкина Н.Н., Волков А.В. 279</p>

ЭФФЕКТЫ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ И NMDA-АГАНИСТОВ НА ПАЦИЕНТОВ С МОТОРНОЙ АФАЗИЕЙ ПОСЛЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА Юсупов А.У.....	279	НОВЫЕ ДАННЫЕ О ПАТОГЕНЕЗЕ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОДИАЛИЗОМ Яковенко А.А., Лаврищева Ю.В.....	281
ИНТЕРЛЕЙКИН-6 – ВАЖНОЕ ЗВЕНО В ПАТОГЕНЕЗЕ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ПРОГРАММНЫМ ГЕМОДИАЛИЗОМ Яковенко А.А., Лаврищева Ю.В., Сомова В.М.....	280	АССОЦИАТИВНЫЕ СВЯЗИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЛАЗНОГО ДНА И ПОЧЕК У СРЕДНЕВОЗРАСТНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, НАХОДЯЩИХСЯ НА РЕГУЛЯРНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ Ясеновец М.В., Барсуков А.В.....	282

Научное издание
Всероссийский конгресс
БОТКИНСКИЕ ЧТЕНИЯ
ISBN 978-5-6051524-0-8

Технический партнер:
ООО «Ай Си Эс»



Технические редакторы:
Бобровник Е.А., Сгибнева А.С.
Дизайн, верстка:
Куделина Т.П.

Подписано в печать 05.04.2024
Формат 60x90 1/16. Бумага офсетная.
Гарнитура «Таймс Нью Роман»
Печать офсетная. Тираж 500 экз.